

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JORGE SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010102208-5

---

Nr. da Autenticação B0BD49753C522193

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	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:** 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	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:** 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



CNPJ: 06.933.877/0001-13  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 26.900.428-3  
RUA HELTON JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 89.306-416



ATENDIMENTO

CAERR

0800 280 9520

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

**Dados do Cliente:**

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

**Endereço para entrega:**

RUA OC 18, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMF  
OS BOA VISTA RR 69317-633

**Inscrição**

001.033.011.0169.000

Rota  
5

Seq.Rota  
1189

Quantidade de Economias  
RESIDENCIAL 1

**Hidrômetro**

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água  
LIGADO

Situação Esgoto  
POTENCIAL

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

LEITURA INF.

DT. LEITURA

10

0

**ULTIMOS CONSUMOS**

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

**Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor**

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	ELCOLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	109	109	109	109	109
CONFORMES	109	109	109	109	109

**DESCRIÇÃO**

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

TAXA COBRANÇA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

ENCARGOS:

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)****Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04****SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35****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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 William Gonçalves Francoinscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioAntonio Jorge Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 626.781.831 / 49do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Antonio Jorge Soaresinscrito (a) no CPF sob o Nº 626.781.831 / 49, 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 CC 18</u>	Número: <u>295</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Maria</u>	Cidade: <u>Baa Visto</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69318085</u>	Tel.(DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Baa Visto RR 12 Março de 2020William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

<b>GOV. DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Av. 14 de Setembro Roraima - PAAR/FSE/L Av. Sigismundo Edú do Góes, 3902		1ª Classificação Verificação Lançamento Anulação Vencimento Anul. Ass.		2ª Classificação Verificação Lançamento Anulação Vencimento Anul. Ass.		3ª Classificação Verificação Lançamento Anulação Vencimento Anul. Ass.	
1001132255 - 5/9/2019 23:40:22		<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>CRANIOLOGIA</b>		NO: JRN019 80	
Paciente <b>ANTONIO JORGE SOARES</b>		Data Nascimento <b>21/05/1962</b>		Idade <b>57 A 3 M 25 D</b>		CNIS <b>707402065585577</b>	
Tipo Doc <b>IDENTIDADE 3270157</b>		Documento <b>3270157</b>		Orgão emissor <b>RR</b>		Data Emissão <b>21/05/2019</b>	
Mãe <b>IRENE SOARES</b>		Pai <b>NI</b>		Cor/Cor <b>PARDA</b>		Nacionalidade <b>BRASILEIRA</b>	
Endereço <b>RUA - 4 - PROVENIENTE DA FAZENDA BOM JESUS - CAMPOS NOVOS - 186 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR</b>		Contato <b>(85) 99118-8096</b>		Colação <b>NÃO INFORMADA</b>		Registro <b>BRASILEIRA</b>	
Class. da Raza <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		N.º da Carteira <b>URGÊNCIA</b>		Validade <b>Procedência</b>		Autorização <b>Temp</b>	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>		Centro de Atendimento <b>URGÊNCIA</b>		Proficiência do Atend. <b>Procedência Sol.</b>		Registro por <b>LEANDRO</b>	
Diagnóstico <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Causa <b>SAMU REGIONAL</b>		Registro por <b>LEANDRO</b>		Registro por <b>LEANDRO</b>	
Doença Principal <b>Queda de moto - Trauma em membro direito</b>		Sinais e Sintomas <b>Síndrome Fabril</b>		Sinais e Sintomas <b>Síndrome Respiratória</b>		Sinais e Sintomas <b>Suspeita de Dengue</b>	
Anamnese de Enfermagem <b>Queda de moto - Trauma em membro direito</b>		GSC <b>401.1234 100.12345 100.123456</b>		TOTAL <b>401.1234 100.12345 100.123456</b>		TOTAL <b>401.1234 100.12345 100.123456</b>	
Anamnese - HORA DA CONSULTA <b>18:00h</b>		Anamnese - HORA DA CONSULTA <b>18:00h</b>		Anamnese - HORA DA CONSULTA <b>18:00h</b>		Anamnese - HORA DA CONSULTA <b>18:00h</b>	
Exame Físico <b>RS, G, AAA, LOTE, EUPNEICO, KIDNADO</b>		Exame Físico <b>RS, G, AAA, LOTE, EUPNEICO, KIDNADO</b>		Exame Físico <b>RS, G, AAA, LOTE, EUPNEICO, KIDNADO</b>		Exame Físico <b>RS, G, AAA, LOTE, EUPNEICO, KIDNADO</b>	
Hipótese Diagnóstica <b>Fratura de membro direito?</b>		Hipótese Diagnóstica <b>Fratura de membro direito?</b>		Hipótese Diagnóstica <b>Fratura de membro direito?</b>		Hipótese Diagnóstica <b>Fratura de membro direito?</b>	
SADI - Exames Complementares <b>RAIO-X</b>		SADI - Exames Complementares <b>RAIO-X</b>		SADI - Exames Complementares <b>RAIO-X</b>		SADI - Exames Complementares <b>RAIO-X</b>	
Prescrição <b>APRAZAMENTO</b>		Prescrição <b>APRAZAMENTO</b>		Prescrição <b>APRAZAMENTO</b>		Prescrição <b>APRAZAMENTO</b>	
Conduta <b>Ata por Decisão Médica</b>		Conduta <b>Ata por Decisão Médica</b>		Conduta <b>Ata por Decisão Médica</b>		Conduta <b>Ata por Decisão Médica</b>	
Assinatura do Paciente ou Responsável <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>		Assinatura do Paciente ou Responsável <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>		Assinatura do Paciente ou Responsável <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>		Assinatura do Paciente ou Responsável <b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b>	
Impresso por: Leandro Data Hora: 5/9/2019 23:43:12		Impresso por: Leandro Data Hora: 5/9/2019 23:43:12		Impresso por: Leandro Data Hora: 5/9/2019 23:43:12		Impresso por: Leandro Data Hora: 5/9/2019 23:43:12	

Ontogeny 2

Patient's ability to learn from experience  
of things even in old.

It can be learned from

It is of the same nature

Remains to be seen if it is the same

Dr. J. H. H. H.





Autographa - 4/29/84

Date: 03/07/10 VFS

DIAGNOSTICIAN OPERATOR: Col. William S. Smith 11/25/50

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 17.05.2017 de Uso de 100 mg de Uso de 100 mg de Uso de 100 mg

TYPE IN FERVING AG. 200-250°C

## MEDICADOLIN ACCIDENTES

11XGNOSTIC OPERATOR

CIRURGIÃO \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR \_\_\_\_\_

2. ADMITIR: 22 INSTRUMENTADOR:

## 2. ACETYLENE AND ANESTHESIA

ANESTÉSISTAS   ANESTÉSICO

ENICHO	DATA	FIM	DURACAO
1	1990	1991	1
2	1991	1992	1
3	1992	1993	1
4	1993	1994	1
5	1994	1995	1
6	1995	1996	1
7	1996	1997	1
8	1997	1998	1
9	1998	1999	1
10	1999	2000	1
11	2000	2001	1
12	2001	2002	1
13	2002	2003	1
14	2003	2004	1
15	2004	2005	1
16	2005	2006	1
17	2006	2007	1
18	2007	2008	1
19	2008	2009	1
20	2009	2010	1
21	2010	2011	1
22	2011	2012	1
23	2012	2013	1
24	2013	2014	1
25	2014	2015	1
26	2015	2016	1
27	2016	2017	1
28	2017	2018	1
29	2018	2019	1
30	2019	2020	1
31	2020	2021	1
32	2021	2022	1
33	2022	2023	1
34	2023	2024	1
35	2024	2025	1
36	2025	2026	1
37	2026	2027	1
38	2027	2028	1
39	2028	2029	1
40	2029	2030	1
41	2030	2031	1
42	2031	2032	1
43	2032	2033	1
44	2033	2034	1
45	2034	2035	1
46	2035	2036	1
47	2036	2037	1
48	2037	2038	1
49	2038	2039	1
50	2039	2040	1
51	2040	2041	1
52	2041	2042	1
53	2042	2043	1
54	2043	2044	1
55	2044	2045	1
56	2045	2046	1
57	2046	2047	1
58	2047	2048	1
59	2048	2049	1
60	2049	2050	1
61	2050	2051	1
62	2051	2052	1
63	2052	2053	1
64	2053	2054	1
65	2054	2055	1
66	2055	2056	1
67	2056	2057	1
68	2057	2058	1
69	2058	2059	1
70	2059	2060	1
71	2060	2061	1
72	2061	2062	1
73	2062	2063	1
74	2063	2064	1
75	2064	2065	1
76	2065	2066	1
77	2066	2067	1
78	2067	2068	1
79	2068	2069	1
80	2069	2070	1
81	2070	2071	1
82	2071	2072	1
83	2072	2073	1
84	2073	2074	1
85	2074	2075	1
86	2075	2076	1
87	2076	2077	1
88	2077	2078	1
89	2078	2079	1
90	2079	2080	1
91	2080	2081	1
92	2081	2082	1
93	2082	2083	1
94	2083	2084	1
95	2084	2085	1
96	2085	2086	1
97	2086</		

## REFRATÓRIO CIRÚRGICO

بسم الله الرحمن الرحيم

Antibodies to this + streptococci for passive

1. I have been thinking about you a lot lately and wondering how you are getting on. I hope you are well and happy.

Desenho simples de uma árvore com ramos e folhas.

[illegible]

*[Faint handwritten notes]*

Student to follow, also to follow

[illegible]

المستأجر

12/14/2000

*[Handwritten signature]*

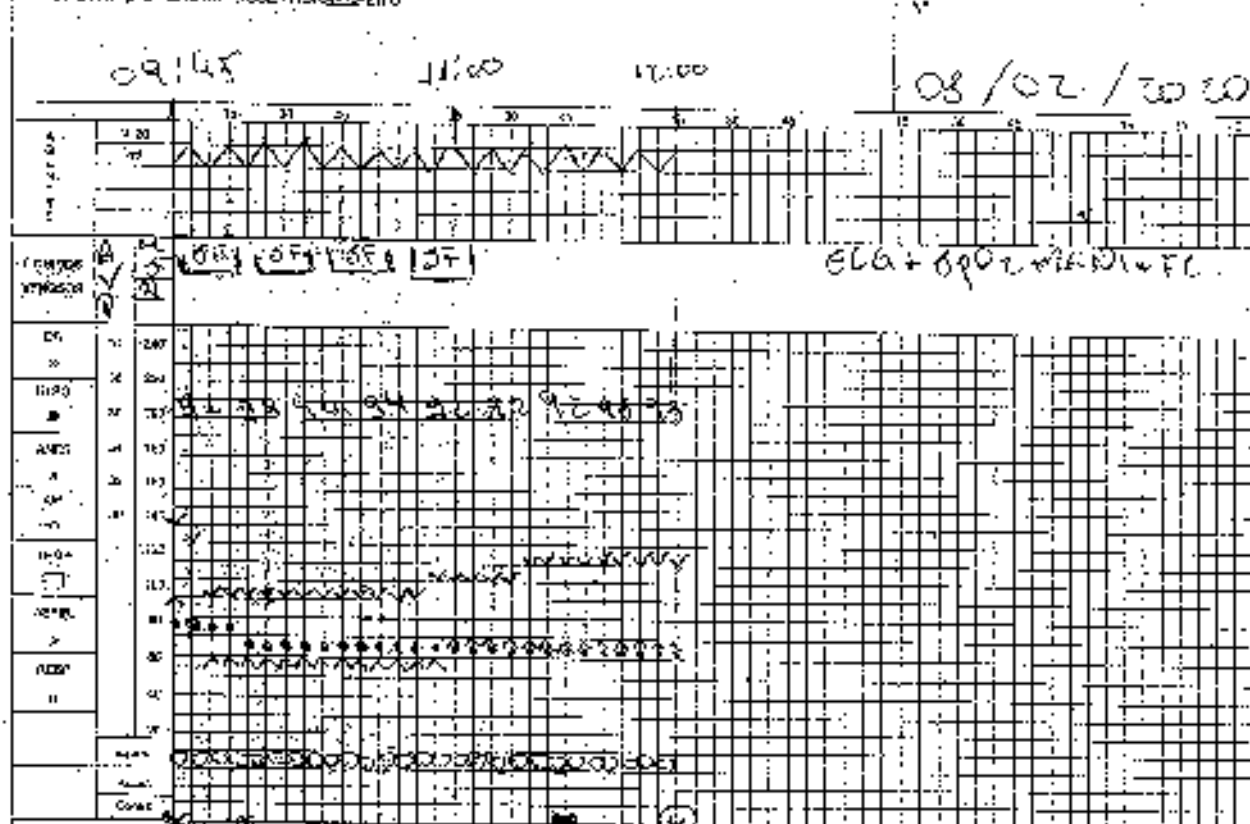


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Secretaria Regional de Saúde

# FICHA DE ANESTESIA

Antônio Jorge Soares, M., 57a.

ANESTESIA - DRUGA - DOSE - HORAS - FEITO



<p>Nome: <u>Antônio Jorge Soares</u></p> <p>Idade: <u>57</u></p> <p>Sexo: <u>M</u></p> <p>Profissão: <u>Engenheiro</u></p> <p>Endereço: <u>Rua ...</u></p> <p>Cidade: <u>Recife</u></p> <p>Estado: <u>PE</u></p> <p>País: <u>BRA</u></p>		<p>Nome: <u>Antônio Jorge Soares</u></p> <p>Idade: <u>57</u></p> <p>Sexo: <u>M</u></p> <p>Profissão: <u>Engenheiro</u></p> <p>Endereço: <u>Rua ...</u></p> <p>Cidade: <u>Recife</u></p> <p>Estado: <u>PE</u></p> <p>País: <u>BRA</u></p>	
<p>Diagnóstico: <u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur</u></p>		<p>Procedimento: <u>Artroscopia</u></p>	
<p>Medicamentos:</p> <p>1. <u>Fentanil 100 µg IV</u></p> <p>2. <u>Midazolam 5 mg IV</u></p> <p>3. <u>Sufentanil</u></p> <p>4. <u>Propofol 1.5 mg/kg</u></p> <p>5. <u>Ag. R. via SA</u></p> <p>6. <u>DOA</u></p> <p>7. <u>Oxetazina 20 mg IV</u></p>		<p>Observações:</p> <p>8. <u>Oxetazina 20 mg IV</u></p> <p>9. <u>Fentanil 100 µg IV</u></p> <p>10. <u>SA/PA</u></p>	

Dr. Daniel

Alfredo F. M. Ferreira  
CRM 307/PA





ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

# CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: osteossíntese de fratura de tíbia	
Nome do Paciente: Antônio Jorge Soares	IDADE: 57	SEXO: F ( ) M (x)	Nº do Prontuário: 00072180
Bloco: D	Leito: 4	Nº da Sala: 03	Data: 03/08/20
Enfermeira: MOS	Circulante de Sala: Eva Lourenço		

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço		Dados Adicionais:		Marca:	QUANT
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM				
	placa DCP estriada 1/6 puro				1
	parafuso cortical nº 28				4
21	" N: 30				1
22	" N: 32				1
	" N: 34				1
	" N: 36				1
	" N: 38				1
	Placa Fuso Espalhados N: 40				1
	Os parafuso espalhado N: 30 e 32				1

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Daxson 1º AUXILIAR: DR. LEONARDO

INSTRUMENTADOR:		Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )		Marca:
Empresa ( )	ATRENA ( ) / MACON ( )	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
ITEM				
<div style="position: absolute; top: 0; right: 0; width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, #ccc 49%, #ccc 51%, transparent 51%); background-size: 3px 3px;"></div>				

1º AUXILIAR:



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome Completo: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_  
 Prevalência: ☐ Sim ☐ Não ☐ Paciente ☐ Contato ☐ Gotícula - aerosol ☐ Gotícula - perdas

Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (s): \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ F ☐ M  
 Paciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: \_\_\_\_\_

Passagem acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs: \_\_\_\_\_  
 Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Empunhetada

**SISTEMA NEUROLÓGICO**  
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Responde ☐ Alterações:

**REGULAÇÃO TÉRMICA**  
☐ Febril ☐ Hipotérmico  
☐ Frenagem ☐ Dificuldade ☐ Não responde ☐ Alterações:

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
☐ Espontâneo ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Dispneia ☐ Ambiente ☐ Taqueopneia ☐ Aspiração

**REGULAÇÃO ABDOMINAL**  
☐ Normotensa ☐ Distendida ☐ Glóbulo  
 Ruidos Hidróticos: ☐ Presente ☐ Ausente

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**  
☐ Normotensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia  
☐ Pulso cheio ☐ Fibrilante ☐ Arritmico

**REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL**  
☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNC/SUE ☐ PET  
 Alterações de dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial  
 Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia

**SISTEMA GASTROINTESTINAL**  
☐ Espontâneo ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG  
☐ Análise ☐ Oligria ☐ Gástrica

**CARACTERÍSTICAS DA PELE**  
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada  
☐ Normopressão ☐ Isêmica ☐ Amarelada

**CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS**  
 Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Transf. em: \_\_\_\_\_

Detecção Periférica: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
 Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
 Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Quantidade: \_\_\_\_\_  
 Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspiração da secreção: \_\_\_\_\_  
 Curativos: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

☐ Degradação prejudicada ☐ Padrão respiratório inadequado ☐ Risco de Lesão por Pressão  
☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas  
☐ Risco de lesão por queimadura ☐ Mobilização física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração  
☐ Risco de constipação ☐ Risco de integração da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada  
☐ Risco de desequilíbrio hídrico ☐ Risco de lesão térmica na temperatura corporal ☐ Comunicação prejudicada  
☐ Volume de líquidos insuficiente ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação prejudicada  
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Degradação prejudicada para higiene

**Prescrição de Cuidados Para Quedas**

☐ Monitorar sinais e sintomas de quedas  
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama  
☐ Monitorar o uso correto das roupas  
☐ Necessidade de contenção no leito  
☐ Manter o paciente deitado no leito  
☐ Caso necessário, usar o material de uso pessoal no alcance da mão

**Escala de Morse**

1. Histórico de Queda: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

2. Diagnóstico secundário: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

3. Terapia Endovenosa/Bioativa salinizada: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

4. Assistência na Desambulação: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

5. Marcha/Desambulação: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

6. Registro Geral: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Não ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2  
 Sim ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



PROVA DE ANESTESIA

DATA: 06/02/2010

PROVA DE ANESTESIA

**PROVA DE ANESTESIA**

**PARTE CIRURGICA (Cirurgia Operatória)**

1. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

2. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

3. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

4. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

5. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

6. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

7. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

8. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

9. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

10. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

11. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

**PARTE PÓS-OPERATORIA**

1. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

2. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

3. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

4. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

5. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

6. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

7. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

8. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

9. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

10. Qual a dose de morfina para analgesia pós-operatória?

11. Qual a dose de morfina para analgesia pré-operatória?

06/02/2010 09:30

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



TRANSF. 27/07/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS

Sistema Único da  
SaúdeMinistério da  
Saúde

Identificação do Estabelecimento da Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESCUTARIL

NIR

3 - CIES

4 - UNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO REGISTRO

125180

7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - Fato

310341020651818137

21/05/1962

Masc

Fem

11 - NOME DA M.ª DO RESPONSÁVEL

12 - D.O.

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - DOUTORADO

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CID

18 - UF

19 - CEP

20 - OUTROS DADOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com fraturas de tíbia  
e perna na região de  
interpunção do crânio

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO Unimed

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADOS DE EXAMES NÃO CADASTRADOS)

24 - NOME DO MÉDICO

25 - CID 10

26 - CID 10

27 - CID 10

28 - NOME DO MÉDICO

29 - CID 10

30 - CID 10

31 - CID 10

32 - NOME DO MÉDICO

33 - CID 10

34 - CID 10

35 - CID 10

36 - NOME DO MÉDICO

37 - CID 10

38 - CID 10

39 - CID 10

40 - NOME DO MÉDICO

41 - CID 10

42 - CID 10

43 - CID 10

44 - NOME DO MÉDICO

45 - CID 10

46 - CID 10

47 - CID 10

48 - NOME DO MÉDICO

49 - CID 10

50 - CID 10

51 - CID 10

52 - NOME DO MÉDICO

53 - CID 10

54 - CID 10

55 - CID 10

56 - NOME DO MÉDICO

57 - CID 10

58 - CID 10

59 - CID 10

60 - NOME DO MÉDICO

61 - CID 10

62 - CID 10

63 - CID 10

64 - NOME DO MÉDICO

65 - CID 10

66 - CID 10

67 - CID 10

68 - NOME DO MÉDICO

69 - CID 10

70 - CID 10

71 - CID 10

72 - NOME DO MÉDICO

73 - CID 10

74 - CID 10

75 - CID 10

76 - NOME DO MÉDICO

77 - CID 10

78 - CID 10

79 - CID 10

80 - NOME DO MÉDICO

81 - CID 10

82 - CID 10

83 - CID 10

84 - NOME DO MÉDICO

85 - CID 10

86 - CID 10

87 - CID 10

88 - NOME DO MÉDICO

89 - CID 10

90 - CID 10

91 - CID 10

92 - NOME DO MÉDICO

93 - CID 10

94 - CID 10

95 - CID 10

96 - NOME DO MÉDICO

97 - CID 10

98 - CID 10

99 - CID 10

100 - NOME DO MÉDICO

101 - CID 10

102 - CID 10

103 - CID 10

104 - NOME DO MÉDICO

105 - CID 10

106 - CID 10

107 - CID 10

108 - NOME DO MÉDICO

109 - CID 10

110 - CID 10

111 - CID 10

112 - NOME DO MÉDICO

113 - CID 10

114 - CID 10

115 - CID 10

116 - NOME DO MÉDICO

117 - CID 10

118 - CID 10

119 - CID 10

120 - NOME DO MÉDICO

121 - CID 10

122 - CID 10

123 - CID 10

124 - NOME DO MÉDICO

125 - CID 10

126 - CID 10

127 - CID 10

128 - NOME DO MÉDICO

129 - CID 10

130 - CID 10

131 - CID 10

132 - NOME DO MÉDICO

133 - CID 10

134 - CID 10

135 - CID 10

136 - NOME DO MÉDICO

137 - CID 10

138 - CID 10

139 - CID 10

140 - NOME DO MÉDICO

141 - CID 10

142 - CID 10

143 - CID 10

144 - NOME DO MÉDICO

145 - CID 10

146 - CID 10

147 - CID 10

148 - NOME DO MÉDICO

149 - CID 10

150 - CID 10

151 - CID 10

152 - NOME DO MÉDICO

153 - CID 10

154 - CID 10

155 - CID 10

156 - NOME DO MÉDICO

157 - CID 10

158 - CID 10

159 - CID 10

160 - NOME DO MÉDICO

161 - CID 10

162 - CID 10

163 - CID 10

164 - NOME DO MÉDICO

165 - CID 10

166 - CID 10

167 - CID 10

168 - NOME DO MÉDICO

169 - CID 10

170 - CID 10

171 - CID 10

172 - NOME DO MÉDICO

173 - CID 10

174 - CID 10

175 - CID 10

176 - NOME DO MÉDICO

177 - CID 10

178 - CID 10

179 - CID 10

180 - NOME DO MÉDICO

181 - CID 10

182 - CID 10

183 - CID 10

184 - NOME DO MÉDICO

185 - CID 10

186 - CID 10

187 - CID 10

188 - NOME DO MÉDICO

189 - CID 10

190 - CID 10

191 - CID 10

192 - NOME DO MÉDICO

193 - CID 10

194 - CID 10

195 - CID 10

196 - NOME DO MÉDICO

197 - CID 10

198 - CID 10

199 - CID 10

200 - NOME DO MÉDICO

201 - CID 10

202 - CID 10

203 - CID 10

204 - NOME DO MÉDICO

205 - CID 10

206 - CID 10

207 - CID 10

208 - NOME DO MÉDICO

209 - CID 10

210 - CID 10

211 - CID 10

212 - NOME DO MÉDICO

213 - CID 10

214 - CID 10

215 - CID 10

216 - NOME DO MÉDICO

217 - CID 10

218 - CID 10

219 - CID 10

220 - NOME DO MÉDICO

221 - CID 10

222 - CID 10

223 - CID 10

224 - NOME DO MÉDICO

225 - CID 10

226 - CID 10

227 - CID 10

228 - NOME DO MÉDICO

229 - CID 10

230 - CID 10

231 - CID 10

232 - NOME DO MÉDICO

233 - CID 10

234 - CID 10

235 - CID 10

236 - NOME DO MÉDICO

237 - CID 10

238 - CID 10

239 - CID 10

240 - NOME DO MÉDICO

241 - CID 10

242 - CID 10

243 - CID 10

244 - NOME DO MÉDICO

245 - CID 10

246 - CID 10

247 - CID 10

248 - NOME DO MÉDICO

249 - CID 10

250 - CID 10

251 - CID 10

252 - NOME DO MÉDICO

253 - CID 10

254 - CID 10

255 - CID 10

256 - NOME DO MÉDICO

257 - CID 10

258 - CID 10

259 - CID 10

260 - NOME DO MÉDICO

261 - CID 10

262 - CID 10

263 - CID 10

264 - NOME DO MÉDICO

265 - CID 10

266 - CID 10

267 - CID 10

268 - NOME DO MÉDICO

269 - CID 10

270 - CID 10

271 - CID 10

272 - NOME DO MÉDICO

273 - CID 10

274 - CID 10

275 - CID 10

276 - NOME DO MÉDICO

277 - CID 10

278 - CID 10

279 - CID 10

280 - NOME DO MÉDICO

281 - CID 10

282 - CID 10

283 - CID 10

284 - NOME DO MÉDICO

285 - CID 10

286 - CID 10

287 - CID 10

288 - NOME DO MÉDICO

289 - CID 10

290 - CID 10

291 - CID 10

292 - NOME DO MÉDICO

293 - CID 10

294 - CID 10

295 - CID 10

296 - NOME DO MÉDICO

297 - CID 10

298 - CID 10

299 - CID 10

300 - NOME DO MÉDICO



2015-1-1  
2015-1-1

21  
2015-1-1  
2015-1-1

86 50

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_

PACIENTE: ANTONIO JOSE DE SAUS

AGNOSTO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ HAS \_\_\_\_\_ NEGA \_\_\_\_\_ DM2 \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: 25/09/19 NEGA \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SWD
3	SE 0,9% 500ML EV 8/H	SWD
4	CIPROFEN 500MG EV 8/H	SWD
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	SWD
6	TRAMAL 100MG + SE 0,9% 100ML EV DE 8/H SE DOR INTENSA	SWD
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O 11 EM 4	SWD
8	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SWD
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SWD
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H	SWD
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SWD
12	CAPTQPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E CU PAD > 110 MMHG	SWD
13	SSV + CCGG 8/8 H	SWD
14	CURATIVO DIÁRIO	SWD
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80) CONFORME ESCHEMA  
 200-250: 2UI 250-350: 4UI 350-450: 6UI > 400: 10 UI E OL GUCOSE > 70  
 DML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ADANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO  
 # SOLICITADO: RX E CONDUTA: MANTEIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



ANTONIO JORGE SOARES

10800

HOSPITAL CORONEL MOTA

23/05/2019

Alameda da

81 - %

D



ANTONIO LORGE SOAPLES

5001

HOSHIAKI CORONEL MOITA

1911237

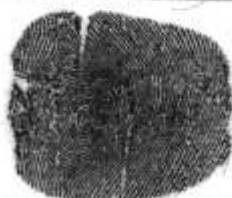
2000

19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

825.396.343-20

2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Polícia Federalizada do Estado de Roraima  
Diretor de DDE

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

Tamanho: 10x15cm

**DETTRAN - RR**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
**Nº 01424/011991**

VIA: 01 COD. RENAVAM: 0138169525 RANTRC: 2019 EXERCÍCIO: 2019

NOME: **ELSON DE MORAIS SILVA**

CPF / CNPJ: 067.079.143-16 PLACA: NJ11107 RR

PLACA ANT / UF: 902KC2210JR012998 CHASSI: NJ11107

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLET/MAO APLIC. COMBUSTIVEL: ALC0/GASOL

MACA / MODELO: HONDA/CG 160 TITAN ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2018

2P/0162CE/ C DE CRIA: VERMELHA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1º 2º 3º

\*PAGD\* \*PAGD\* \*PAGD\*

FAIXA LEVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º 3º

A \*\* PAGO COTA ÚNICA \*\* 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): R\$0.32 PREMIO TOTAL (R\$): R\$84.58 DATA DE PAGAMENTO: 02/10/2019

OBSERVAÇÕES:

AL.FID. ADM CONG NACIONAL HONDA LTDA \*

PROIB SAIR DA ZONA-DCID \*

**Igo Gomes Brasil**  
BDA VISEMOTOR Presidente  
DETTRAN-RR

DATA: 27/11/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 014247011991 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
067.079.143-16  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 27/11/2019

VIA: 01 CPF / CNPJ: 067.079.143-16 PLACA: NJ11107

RENAVAM: 0138169525 MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB: 2017 Nº CHASSI: 9C2KC2210JR012998

FNS (R\$): R\$36.05 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): R\$4.15 CUSTO DO SEGURO (R\$): R\$4.01

PREMIO TARIFARIO: R\$0.32 TOTAL A SER PAGO (R\$): R\$84.58

PAGAMENTO: 02/10/2019

COTA ÚNICA: PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.546.608/0001-04





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096777/20

**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES

**Data do acidente:** 15/09/2019

**CPF:** 626.781.831-49

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO JORGE SOARES

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **ANTONIO JORGE SOARES : 626.781.831-49**

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](http://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: 18/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE :

NOME: Antonio Jorge Soares  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Servidor Público RG: 3270157  
CPF: 626.781.831-49 ENDEREÇO: Benjamin Pereira Melo  
BAIRRO: Arara CIDADE: Boa Vista  
CEP: 69.316-735

VÍTIMA: Antonio Jorge Soares  
CPF: 626.781.831-49 DATA DO SINISTRO: 15.09.2019  
NATUREZA: Invalidez

## OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Fianco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: Casado  
PROFISSÃO: Autônomo  
Nº DO RG: 259717 ÓRGÃO EMISSOR: DESP/RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016  
Nº CPF: 820.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua CC 18 295 Louro Moreira

## PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista RA, 12 de Março de 2020

Antonio Jorge Soares  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096777/20

**Vítima:** ANTONIO JORGE SOARES

**CPF:** 626.781.831-49

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 15/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO JORGE SOARES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20**

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

### **ANTONIO JORGE SOARES : 626.781.831-49**

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](http://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: 18/03/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

**Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200122232**

**Vítima: ANTONIO JORGE SOARES**

**Data do Acidente: 15/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO JORGE SOARES**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122232

Vítima: ANTONIO JORGE SOARES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JORGE SOARES

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 tornozelo 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: ANTONIO JORGE SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010102208-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

3 - CPF da vítima: 636.781.831-49 4 - Nome completo da vítima: Antonio Jorge Soares

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

Nome completo: Antonio Jorge Soares 6 - CPF: 636.781.831-49  
Profissão: Benfamin Pereira Melo 9 - Número: 855 10 - Complemento:  
Bairro: Antelândia 12 - Cidade: São Vito 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-735  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 3313-3855

## 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: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 109.208 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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 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 ☐ Outros:   
24 - Beneficiário:   
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 (vulgarmente)? ☐ 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

Impressão  
Assinatura  
Data  
Assinatura do  
Assinatura do

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, São Vito RR 12 de Março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC. 001/0003/2019

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010997/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2020 10:44

Data/Hora Fim: 12/03/2020 11:01

Origem: Polícia Judiciária Data: 12/03/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/09/2019 15:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Logradouro: Vicinal 02

Complemento: Ajarani

Ponto de Referência: Uns 50 quilômetros depois de Campos Novos

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO JORGE SOARES (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 21/05/1962
Naturalidade: MS - Campo Grande	Profissão: Autônomo	Idade: 57 anos
Estado Civil: União Estável		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Nome da Mãe: Irene Soares		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 626.781.831-49

RG - Carteira de Identidade: 3270157

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Benjamin Pereira de Melo

Bairro: Pintolândia

Telefone: (95) 99170-7485 (Celular)

Nº: 855

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 067.079.143-16

Renavam 01138169525

Número do Chassi 9C2KC2210JR012998

Cor VERMELHA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/CG 160 TITAN

Quantidade 1 Unidade

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NUI-1107

Número do Motor KC22E1J013006

Ano/Modelo Fabricação 2018/2017

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 12/03/2020 11:01  
Protocolo nº: Não disponível



Página 1 de 2  
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010997/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Jorge Soares	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 02452378789), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta devidamente descrita acima e que está em Nome de ELSON DE MORAIS SILVA, onde ao desviar de um buraco e devido à pista está escorregadia, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR, onde deu entrada horas depois. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento		 Antonio Jorge Soares (Comunicante / Envolvido / Vítima)
---	--	--

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável por esta informação e que a mesma é verdadeira e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."

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

1 - Nome do segurado: Antônio Jorge Soares  
 2 - CPF do segurado: 636.781.831-49  
 3 - Nome completo da vítima: Antônio Jorge Soares  
 4 - CPF da vítima: 636.781.831-49  
 5 - Nome completo do representante legal: Benfaminha Pereira Melo  
 6 - CPF do representante legal: 855  
 7 - Endereço: Bela Vista  
 8 - Número: 19  
 9 - Complemento: 3855  
 10 - Cidade: Recife  
 11 - Estado: PE  
 12 - CEP: 50000-000  
 13 - E-mail: antoniogsoares@ig.com.br

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

14 - Nome completo do Representante Legal: Benfaminha Pereira Melo  
 15 - CPF do Representante Legal: 855  
 16 - Profissão do Representante Legal: Dono de casa

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereços acima informados, conforme comprovante anexado (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO EM INFORMAR  
☐ SEM RENDA  
☐ R\$1,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  
☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA POUANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinalar uma opção):  
☐ Bradesco (737) ☐ Itaú (342)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
 22 - AGÊNCIA: 0050 01 CONTA: 403-008 03  
 (informar o dígito do código) (informar o dígito do código)

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 recebível.

23 - 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 5.194/74, uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atenda 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 do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causada 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 discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Grau de parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
 27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 28 - Se a vítima deixou filhos vivos, informar: 29 - Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☒ Não 30 - Se a vítima deixou filhos vivos, informar: 31 - Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se a vítima deixou filhos vivos, informar: 33 - Vítima deixou filhos 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 comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação da ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Antônio Jorge Soares  
 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 636.781.831-49  
 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Antônio Jorge Soares  
 37 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 38 - CPF: 855  
 39 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 40 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 41 - CPF: 855  
 42 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 43 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 44 - CPF: 855  
 45 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 46 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 47 - CPF: 855  
 48 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 49 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 50 - CPF: 855  
 51 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 52 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 53 - CPF: 855  
 54 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 55 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 56 - CPF: 855  
 57 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 58 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 59 - CPF: 855  
 60 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 61 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 62 - CPF: 855  
 63 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 64 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 65 - CPF: 855  
 66 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 67 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 68 - CPF: 855  
 69 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 70 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 71 - CPF: 855  
 72 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 73 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 74 - CPF: 855  
 75 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 76 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 77 - CPF: 855  
 78 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 79 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 80 - CPF: 855  
 81 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 82 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 83 - CPF: 855  
 84 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 85 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 86 - CPF: 855  
 87 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 88 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 89 - CPF: 855  
 90 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 91 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 92 - CPF: 855  
 93 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 94 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 95 - CPF: 855  
 96 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 97 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 98 - CPF: 855  
 99 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 100 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 101 - CPF: 855  
 102 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 103 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 104 - CPF: 855  
 105 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 106 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 107 - CPF: 855  
 108 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 109 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 110 - CPF: 855  
 111 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 112 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 113 - CPF: 855  
 114 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 115 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 116 - CPF: 855  
 117 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 118 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 119 - CPF: 855  
 120 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 121 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 122 - CPF: 855  
 123 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 124 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 125 - CPF: 855  
 126 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 127 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 128 - CPF: 855  
 129 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 130 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 131 - CPF: 855  
 132 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 133 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 134 - CPF: 855  
 135 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 136 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 137 - CPF: 855  
 138 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 139 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 140 - CPF: 855  
 141 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 142 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 143 - CPF: 855  
 144 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 145 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 146 - CPF: 855  
 147 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 148 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 149 - CPF: 855  
 150 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 151 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 152 - CPF: 855  
 153 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 154 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 155 - CPF: 855  
 156 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 157 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 158 - CPF: 855  
 159 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 160 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 161 - CPF: 855  
 162 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 163 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 164 - CPF: 855  
 165 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 166 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 167 - CPF: 855  
 168 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 169 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 170 - CPF: 855  
 171 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 172 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 173 - CPF: 855  
 174 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 175 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 176 - CPF: 855  
 177 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 178 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 179 - CPF: 855  
 180 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 181 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 182 - CPF: 855  
 183 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 184 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 185 - CPF: 855  
 186 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 187 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 188 - CPF: 855  
 189 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 190 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 191 - CPF: 855  
 192 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 193 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 194 - CPF: 855  
 195 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 196 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 197 - CPF: 855  
 198 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 199 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 200 - CPF: 855  
 201 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 202 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 203 - CPF: 855  
 204 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 205 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 206 - CPF: 855  
 207 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 208 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 209 - CPF: 855  
 210 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 211 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 212 - CPF: 855  
 213 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 214 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 215 - CPF: 855  
 216 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 217 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 218 - CPF: 855  
 219 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 220 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 221 - CPF: 855  
 222 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 223 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 224 - CPF: 855  
 225 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 226 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 227 - CPF: 855  
 228 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 229 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 230 - CPF: 855  
 231 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 232 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 233 - CPF: 855  
 234 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 235 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 236 - CPF: 855  
 237 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 238 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 239 - CPF: 855  
 240 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 241 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 242 - CPF: 855  
 243 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 244 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 245 - CPF: 855  
 246 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 247 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 248 - CPF: 855  
 249 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 250 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 251 - CPF: 855  
 252 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 253 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 254 - CPF: 855  
 255 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 256 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 257 - CPF: 855  
 258 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 259 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 260 - CPF: 855  
 261 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 262 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 263 - CPF: 855  
 264 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 265 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 266 - CPF: 855  
 267 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 268 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 269 - CPF: 855  
 270 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 271 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 272 - CPF: 855  
 273 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 274 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 275 - CPF: 855  
 276 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 277 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 278 - CPF: 855  
 279 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 280 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 281 - CPF: 855  
 282 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 283 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 284 - CPF: 855  
 285 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 286 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 287 - CPF: 855  
 288 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 289 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 290 - CPF: 855  
 291 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 292 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 293 - CPF: 855  
 294 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 295 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 296 - CPF: 855  
 297 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 298 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 299 - CPF: 855  
 300 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 301 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 302 - CPF: 855  
 303 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 304 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 305 - CPF: 855  
 306 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 307 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 308 - CPF: 855  
 309 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 310 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 311 - CPF: 855  
 312 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 313 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 314 - CPF: 855  
 315 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 316 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 317 - CPF: 855  
 318 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 319 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 320 - CPF: 855  
 321 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 322 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 323 - CPF: 855  
 324 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 325 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 326 - CPF: 855  
 327 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 328 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 329 - CPF: 855  
 330 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 331 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 332 - CPF: 855  
 333 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 334 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 335 - CPF: 855  
 336 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 337 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 338 - CPF: 855  
 339 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 340 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 341 - CPF: 855  
 342 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 343 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 344 - CPF: 855  
 345 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 346 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 347 - CPF: 855  
 348 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 349 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 350 - CPF: 855  
 351 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 352 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 353 - CPF: 855  
 354 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 355 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 356 - CPF: 855  
 357 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 358 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 359 - CPF: 855  
 360 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 361 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 362 - CPF: 855  
 363 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 364 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 365 - CPF: 855  
 366 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 367 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 368 - CPF: 855  
 369 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 370 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 371 - CPF: 855  
 372 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 373 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 374 - CPF: 855  
 375 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): Benfaminha Pereira Melo  
 376 - Nome