

Prefeitura Municipal do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr° Gentil Augusto de Miranda

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Moraes filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Moraes – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim. Dia do acidente 07/01/2018 pelo médico plantonista Dr.Arlindo L. Leite Júnior CREMEPE 23036.

Thyago Belo Pedrosa
Coordenador Administrativo
Matrícula 10097
Hospital Municipal do Surubim

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

Carla Vânia Moreira Henrique
Carla Vânia Moreira Henrique

SAME



Josilda Pereira de Moraes
Recebedor

RG _____

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE.
Fone /Fax: (81) 3634-1196



Tarifa Social de Energia Elétrica, Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concessionária Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 175, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50060-010
CNPJ 10.826.333/0001-00 | Ins. Est. 0055943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO BENTO SILVA 256

CPF: 535.134.934-49 NIS: 10430940000

CENTRO SURIEM
SILVANA FIE
55750-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
SANTA RENDIA COM RHO
Monofase

Nº DA BILHETE FISCAL	UF	DATA
000533341	PE	09/09/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
10/09/2017	300190000	3750703

CONTA CONSUMIDOR	PERÍODO
1073489039	09/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
15/09/2017	08/10/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 34,87	

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL UNIT.
Consumo Ativo - 10 kWh	30.000000	0,1700000	5,10
Consumo Ativo - superior a 20 até 100 kWh	70.000000	0,29304794	20,44
Consumo Ativo - superior a 100 até 720 kWh	0.000000	0,43800351	1,31
Adicional Bandeira AMARELA			0,21
Adicional Bandeira VERMELHA			1,35
Contribuição de Iluminação Pública			5,82
Multa por atraso - R\$ 0,00000004 - 0,000017			0,54
Juros por atraso - R\$ 0,00000004 - 0,000017			0,06
TOTAL DA FATURA			34,87

DEMONSTRATIVO DE DÍVIDA DA BILHETE FISCAL							
Nº DO BILHETE FISCAL	PERÍODO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DO BILHETE FISCAL	CONSUMO	ADJUSTE
10/09/2017	09	08/08/2017	08/09/2017	08/09/2017	10/09/2017	30	1,0000

DEMONSTRATIVO DE DÍVIDA DA BILHETE FISCAL				DEMONSTRATIVO DE DÍVIDA DA BILHETE FISCAL			
PERÍODO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL UNIT.	PERÍODO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL UNIT.
09/2017	30	0,1700000	5,10	09/2017	30	0,1700000	5,10
10/2017	70	0,29304794	20,44	10/2017	70	0,29304794	20,44
11/2017	0	0,43800351	0,00	11/2017	0	0,43800351	0,00
12/2017	0	0,43800351	0,00	12/2017	0	0,43800351	0,00
01/2018	0	0,43800351	0,00	01/2018	0	0,43800351	0,00
02/2018	0	0,43800351	0,00	02/2018	0	0,43800351	0,00
03/2018	0	0,43800351	0,00	03/2018	0	0,43800351	0,00
04/2018	0	0,43800351	0,00	04/2018	0	0,43800351	0,00
05/2018	0	0,43800351	0,00	05/2018	0	0,43800351	0,00
06/2018	0	0,43800351	0,00	06/2018	0	0,43800351	0,00
07/2018	0	0,43800351	0,00	07/2018	0	0,43800351	0,00
08/2018	0	0,43800351	0,00	08/2018	0	0,43800351	0,00
09/2018	0	0,43800351	0,00	09/2018	0	0,43800351	0,00
10/2018	0	0,43800351	0,00	10/2018	0	0,43800351	0,00
11/2018	0	0,43800351	0,00	11/2018	0	0,43800351	0,00
12/2018	0	0,43800351	0,00	12/2018	0	0,43800351	0,00
01/2019	0	0,43800351	0,00	01/2019	0	0,43800351	0,00
02/2019	0	0,43800351	0,00	02/2019	0	0,43800351	0,00
03/2019	0	0,43800351	0,00	03/2019	0	0,43800351	0,00
04/2019	0	0,43800351	0,00	04/2019	0	0,43800351	0,00
05/2019	0	0,43800351	0,00	05/2019	0	0,43800351	0,00
06/2019	0	0,43800351	0,00	06/2019	0	0,43800351	0,00
07/2019	0	0,43800351	0,00	07/2019	0	0,43800351	0,00
08/2019	0	0,43800351	0,00	08/2019	0	0,43800351	0,00
09/2019	0	0,43800351	0,00	09/2019	0	0,43800351	0,00
10/2019	0	0,43800351	0,00	10/2019	0	0,43800351	0,00
11/2019	0	0,43800351	0,00	11/2019	0	0,43800351	0,00
12/2019	0	0,43800351	0,00	12/2019	0	0,43800351	0,00
01/2020	0	0,43800351	0,00	01/2020	0	0,43800351	0,00
02/2020	0	0,43800351	0,00	02/2020	0	0,43800351	0,00
03/2020	0	0,43800351	0,00	03/2020	0	0,43800351	0,00
04/2020	0	0,43800351	0,00	04/2020	0	0,43800351	0,00
05/2020	0	0,43800351	0,00	05/2020	0	0,43800351	0,00
06/2020	0	0,43800351	0,00	06/2020	0	0,43800351	0,00
07/2020	0	0,43800351	0,00	07/2020	0	0,43800351	0,00
08/2020	0	0,43800351	0,00	08/2020	0	0,43800351	0,00
09/2020	0	0,43800351	0,00	09/2020	0	0,43800351	0,00
10/2020	0	0,43800351	0,00	10/2020	0	0,43800351	0,00
11/2020	0	0,43800351	0,00	11/2020	0	0,43800351	0,00
12/2020	0	0,43800351	0,00	12/2020	0	0,43800351	0,00
01/2021	0	0,43800351	0,00	01/2021	0	0,43800351	0,00
02/2021	0	0,43800351	0,00	02/2021	0	0,43800351	0,00
03/2021	0	0,43800351	0,00	03/2021	0	0,43800351	0,00
04/2021	0	0,43800351	0,00	04/2021	0	0,43800351	0,00
05/2021	0	0,43800351	0,00	05/2021	0	0,43800351	0,00
06/2021	0	0,43800351	0,00	06/2021	0	0,43800351	0,00
07/2021	0	0,43800351	0,00	07/2021	0	0,43800351	0,00
08/2021	0	0,43800351	0,00	08/2021	0	0,43800351	0,00
09/2021	0	0,43800351	0,00	09/2021	0	0,43800351	0,00
10/2021	0	0,43800351	0,00	10/2021	0	0,43800351	0,00
11/2021	0	0,43800351	0,00	11/2021	0	0,43800351	0,00
12/2021	0	0,43800351	0,00	12/2021	0	0,43800351	0,00
01/2022	0	0,43800351	0,00	01/2022	0	0,43800351	0,00
02/2022	0	0,43800351	0,00	02/2022	0	0,43800351	0,00
03/2022	0	0,43800351	0,00	03/2022	0	0,43800351	0,00
04/2022	0	0,43800351	0,00	04/2022	0	0,43800351	0,00
05/2022	0	0,43800351	0,00	05/2022	0	0,43800351	0,00
06/2022	0	0,43800351	0,00	06/2022	0	0,43800351	0,00
07/2022	0	0,43800351	0,00	07/2022	0	0,43800351	0,00
08/2022	0	0,43800351	0,00	08/2022	0	0,43800351	0,00
09/2022	0	0,43800351	0,00	09/2022	0	0,43800351	0,00
10/2022	0	0,43800351	0,00	10/2022	0	0,43800351	0,00
11/2022	0	0,43800351	0,00	11/2022	0	0,43800351	0,00
12/2022	0	0,43800351	0,00	12/2022	0	0,43800351	0,00
01/2023	0	0,43800351	0,00	01/2023	0	0,43800351	0,00
02/2023	0	0,43800351	0,00	02/2023	0	0,43800351	0,00
03/2023	0	0,43800351	0,00	03/2023	0	0,43800351	0,00
04/2023	0	0,43800351	0,00	04/2023	0	0,43800351	0,00
05/2023	0	0,43800351	0,00	05/2023	0	0,43800351	0,00
06/2023	0	0,43800351	0,00	06/2023	0	0,43800351	0,00
07/2023	0	0,43800351	0,00	07/2023	0	0,43800351	0,00
08/2023	0	0,43800351	0,00	08/2023	0	0,43800351	0,00
09/2023	0	0,43800351	0,00	09/2023	0	0,43800351	0,00
10/2023	0	0,43800351	0,00	10/2023	0	0,43800351	0,00
11/2023	0	0,43800351	0,00	11/2023	0	0,43800351	0,00
12/2023	0	0,43800351	0,00	12/2023	0	0,43800351	0,00
01/2024	0	0,43800351	0,00	01/2024	0	0,43800351	0,00
02/2024	0	0,43800351	0,00	02/2024	0	0,43800351	0,00
03/2024	0	0,43800351	0,00	03/2024	0	0,43800351	0,00
04/2024	0	0,43800351	0,00	04/2024	0	0,43800351	0,00
05/2024	0	0,43800351	0,00	05/2024	0	0,43800351	0,00
06/2024	0	0,43800351	0,00	06/2024	0	0,43800351	0,00
07/2024	0	0,43800351	0,00	07/2024	0	0,43800351	0,00
08/2024	0	0,43800351	0,00	08/2024	0	0,43800351	0,00
09/2024	0	0,43800351	0,00	09/2024	0	0,43800351	0,00
10/2024	0	0,43800351	0,00	10/2024	0	0,43800351	0,00
11/2024	0	0,43800351	0,00	11/2024	0	0,43800351	0,00
12/2024	0	0,43800351	0,00	12/2024	0	0,43800351	0,00
01/2025	0	0,43800351	0,00	01/2025	0	0,43800351	0,00
02/2025	0	0,43800351	0,00	02/2025	0	0,43800351	0,00
03/2025	0	0,43800351	0,00	03/2025	0	0,43800351	0,00
04/2025	0	0,43800351	0,00	04/2025	0	0,43800351	0,00
05/2025	0	0,43800351	0,00	05/2025	0	0,43800351	0,00
06/2025	0	0,43800351	0,00	06/2025	0	0,43800351	0,00
07/2025	0	0,43800351	0,00	07/2025	0	0,43800351	0,00
08/2025	0	0,43800351	0,00	08/2025	0	0,43800351	0,00
09/2025	0	0,43800351	0,00	09/2025	0	0,43800351	0,00
10/2025	0	0,43800351	0,00	10/2025	0	0,43800351	0,00
11/2025	0	0,43800351	0,00	11/2025	0	0,43800351	0,00
12/2025	0	0,43800351	0,00	12/2025	0	0,43800351	0,00
01/2026	0	0,43800351	0,00	01/2026	0	0,43800351	0,00
02/2026	0	0,43800351	0,00	02/2026	0	0,43800351	0,00
03/2026	0	0,43800351	0,00	03/2026	0	0,43800351	0,00
04/2026	0	0,43800351	0,00	04/2026	0	0,43800351	0,00
05/2026	0	0,43800351	0,00	05/2026	0	0,43800351	0,00
06/2026	0	0,43800351	0,00	06/2026	0	0,43800351	0,00
07/2026	0	0,43800351	0,00	07/2026	0	0,43800351	0,00
08/2026	0	0,43800351	0,00	08/2026	0	0,43800351	0,00
09/2026	0	0,43800351	0,00	09/2026	0	0,43800351	0,00
10/2026	0	0,43800351	0,00	10/2026	0	0,43800351	0,00
11/2026	0	0,43800351	0,00	11/2026	0	0,43800351	0,00
12/2026	0	0,43800351	0,00	12/2026	0	0,43800351	0,00
01/2027	0	0,43800351	0,00	01/2027	0	0,43800351	0,00
02/2027	0	0,43800351	0,00	02/2027	0	0,43800351	0,00
03/2027	0	0,43800351	0,00	03/2027	0	0,43800351	0,00
04/2027	0	0,43800351	0,00	04/2027	0	0,43800351	0,00
05/2027	0	0,43800351	0,00	05/2027	0	0,43800351	0,00
06/2027	0	0,43800351	0,00	06/2027	0	0,43800351	0,00
07/2027	0	0,43800351	0,00	07/2027	0	0,43800351	0,00
08/2027	0	0,43800351	0,00	08/2027	0	0,43800351	0,00
09/2027	0	0,43800351	0,00	09/2027	0	0,43800351	0,00
10/2027	0	0,43800351	0,00	10/2027	0	0,43800351	0,00
11/2027	0	0,43800351	0,00	11/2027	0	0,43800351	0,00
12/2027	0	0,43800351	0,00	12/2027	0	0,43800351	0,00
01/2028	0	0,43800351	0,00	01/2028	0	0,43800351	0,00
02/2028	0	0,43800351	0,00	02/2028	0	0,43800351	0,00
03/2028	0	0,43800351	0,00	03/2028	0	0,43800351	0,00
04/2028	0	0,43800351	0,00	04/2028	0	0,43800351	0,00
05/2028	0	0,43800351	0,00	05/2028	0	0,43800351	0,00
06/2028	0	0,43800351	0,00	06/2028	0	0,43800351	0,00
07/2028	0	0,43800351	0,00	07/2028	0	0,43800351	0,00
08/2028	0	0,43800351	0,00	08/2028	0	0,43800351	0,00
09/2028	0	0,43800351	0,00	09/2028	0	0,43800351	0,00
10/2028	0	0,43800351	0,00	10/2028	0	0,43800351	0,00
11/2028	0	0,43800351	0,00	11/2028	0	0,43800351	0,00
12/2028	0	0,43800351	0,00	12/2028	0	0,43800351	0,00
01/2029	0	0,43800351	0,00	01/2029	0	0,43800351	0,00
02/2029	0	0,43800351	0,00	02/2029	0	0,43800351	0,00
03/2029	0	0,43800351	0,00	03/2029	0	0,43800351	0,00
04/2029	0	0,43					

REFERENCES



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL DE FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.830/0001-08 | Ins. Est. 0005945-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

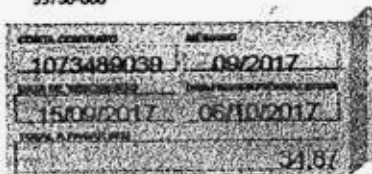
RUA ANTONIO BENTO SILVA 256

CPF: 535.134.904-49 NIS: 18420948665

CENTRO SURUDIM
 SUPERM PE
 55750-600

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 BARRAGEM COM NIS
 Monofásico



Nº DE CONTADOR	TIPO DE CONTADOR	DATA DE INSTALAÇÃO
000523241	ONICA	06/09/2017
DATA DE FATURA	Nº DE FATURA	Nº DE REGISTRO
09/09/2017	2001908428	3750702

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo - 30 kWh	30,000000	0,17035803	5,11
Consumo Ativo - superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,29204234	20,44
Consumo Ativo - superior a 100 até 220 kWh	3,000000	0,43805351	1,31
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,21
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,36
Contribuição Iluminação Pública			5,82
Multa por atraso - NF 010481164 - 01/09/17			0,54
Juros por atraso - NF 000490094 - 07/08/17			0,08

TOTAL DA FATURA

34,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DE MEDIÇÃO	TIPO DE MEDIÇÃO	ANTERIOR	POSTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)	PERÍODO	CONSUMO (KWH)	CONSUMO (KWH)
30192521	CAT	07/08/2017	08/09/2017	08/09/2017	30	1,0000			103,26

RESUMO DE PAGAMENTOS		RESUMO DE DÉBITOS		RESUMO DE CANCELAMENTOS	
Mês	Valor	Mês	Valor	Mês	Valor
JUL 17	100	JUL 17	100	JUL 17	100
AGO 17	100	AGO 17	100	AGO 17	100
SET 17	100	SET 17	100	SET 17	100
OCT 17	100	OCT 17	100	OCT 17	100
NOV 17	100	NOV 17	100	NOV 17	100
DEZ 17	100	DEZ 17	100	DEZ 17	100
JAN 18	100	JAN 18	100	JAN 18	100
FEB 18	100	FEB 18	100	FEB 18	100
MAR 18	100	MAR 18	100	MAR 18	100
ABR 18	100	ABR 18	100	ABR 18	100
MAY 18	100	MAY 18	100	MAY 18	100
JUN 18	100	JUN 18	100	JUN 18	100
JUL 18	100	JUL 18	100	JUL 18	100
AGO 18	100	AGO 18	100	AGO 18	100
SET 18	100	SET 18	100	SET 18	100
OCT 18	100	OCT 18	100	OCT 18	100
NOV 18	100	NOV 18	100	NOV 18	100
DEZ 18	100	DEZ 18	100	DEZ 18	100
JAN 19	100	JAN 19	100	JAN 19	100
FEB 19	100	FEB 19	100	FEB 19	100
MAR 19	100	MAR 19	100	MAR 19	100
ABR 19	100	ABR 19	100	ABR 19	100
MAY 19	100	MAY 19	100	MAY 19	100
JUN 19	100	JUN 19	100	JUN 19	100
JUL 19	100	JUL 19	100	JUL 19	100
AGO 19	100	AGO 19	100	AGO 19	100
SET 19	100	SET 19	100	SET 19	100
OCT 19	100	OCT 19	100	OCT 19	100
NOV 19	100	NOV 19	100	NOV 19	100
DEZ 19	100	DEZ 19	100	DEZ 19	100
JAN 20	100	JAN 20	100	JAN 20	100
FEB 20	100	FEB 20	100	FEB 20	100
MAR 20	100	MAR 20	100	MAR 20	100
ABR 20	100	ABR 20	100	ABR 20	100
MAY 20	100	MAY 20	100	MAY 20	100
JUN 20	100	JUN 20	100	JUN 20	100
JUL 20	100	JUL 20	100	JUL 20	100
AGO 20	100	AGO 20	100	AGO 20	100
SET 20	100	SET 20	100	SET 20	100
OCT 20	100	OCT 20	100	OCT 20	100
NOV 20	100	NOV 20	100	NOV 20	100
DEZ 20	100	DEZ 20	100	DEZ 20	100
JAN 21	100	JAN 21	100	JAN 21	100
FEB 21	100	FEB 21	100	FEB 21	100
MAR 21	100	MAR 21	100	MAR 21	100
ABR 21	100	ABR 21	100	ABR 21	100
MAY 21	100	MAY 21	100	MAY 21	100
JUN 21	100	JUN 21	100	JUN 21	100
JUL 21	100	JUL 21	100	JUL 21	100
AGO 21	100	AGO 21	100	AGO 21	100
SET 21	100	SET 21	100	SET 21	100
OCT 21	100	OCT 21	100	OCT 21	100
NOV 21	100	NOV 21	100	NOV 21	100
DEZ 21	100	DEZ 21	100	DEZ 21	100
JAN 22	100	JAN 22	100	JAN 22	100
FEB 22	100	FEB 22	100	FEB 22	100
MAR 22	100	MAR 22	100	MAR 22	100
ABR 22	100	ABR 22	100	ABR 22	100
MAY 22	100	MAY 22	100	MAY 22	100
JUN 22	100	JUN 22	100	JUN 22	100
JUL 22	100	JUL 22	100	JUL 22	100
AGO 22	100	AGO 22	100	AGO 22	100
SET 22	100	SET 22	100	SET 22	100
OCT 22	100	OCT 22	100	OCT 22	100
NOV 22	100	NOV 22	100	NOV 22	100
DEZ 22	100	DEZ 22	100	DEZ 22	100
JAN 23	100	JAN 23	100	JAN 23	100
FEB 23	100	FEB 23	100	FEB 23	100
MAR 23	100	MAR 23	100	MAR 23	100
ABR 23	100	ABR 23	100	ABR 23	100
MAY 23	100	MAY 23	100	MAY 23	100
JUN 23	100	JUN 23	100	JUN 23	100
JUL 23	100	JUL 23	100	JUL 23	100
AGO 23	100	AGO 23	100	AGO 23	100
SET 23	100	SET 23	100	SET 23	100
OCT 23	100	OCT 23	100	OCT 23	100
NOV 23	100	NOV 23	100	NOV 23	100
DEZ 23	100	DEZ 23	100	DEZ 23	100
JAN 24	100	JAN 24	100	JAN 24	100
FEB 24	100	FEB 24	100	FEB 24	100
MAR 24	100	MAR 24	100	MAR 24	100
ABR 24	100	ABR 24	100	ABR 24	100
MAY 24	100	MAY 24	100	MAY 24	100
JUN 24	100	JUN 24	100	JUN 24	100
JUL 24	100	JUL 24	100	JUL 24	100
AGO 24	100	AGO 24	100	AGO 24	100
SET 24	100	SET 24	100	SET 24	100
OCT 24	100	OCT 24	100	OCT 24	100
NOV 24	100	NOV 24	100	NOV 24	100
DEZ 24	100	DEZ 24	100	DEZ 24	100
JAN 25	100	JAN 25	100	JAN 25	100
FEB 25	100	FEB 25	100	FEB 25	100
MAR 25	100	MAR 25	100	MAR 25	100
ABR 25	100	ABR 25	100	ABR 25	100
MAY 25	100	MAY 25	100	MAY 25	100
JUN 25	100	JUN 25	100	JUN 25	100
JUL 25	100	JUL 25	100	JUL 25	100
AGO 25	100	AGO 25	100	AGO 25	100
SET 25	100	SET 25	100	SET 25	100
OCT 25	100	OCT 25	100	OCT 25	100
NOV 25	100	NOV 25	100	NOV 25	100
DEZ 25	100	DEZ 25	100	DEZ 25	100
JAN 26	100	JAN 26	100	JAN 26	100
FEB 26	100	FEB 26	100	FEB 26	100
MAR 26	100	MAR 26	100	MAR 26	100
ABR 26	100	ABR 26	100	ABR 26	100
MAY 26	100	MAY 26	100	MAY 26	100
JUN 26	100	JUN 26	100	JUN 26	100
JUL 26	100	JUL 26	100	JUL 26	100
AGO 26	100	AGO 26	100	AGO 26	100
SET 26	100	SET 26	100	SET 26	100
OCT 26	100	OCT 26	100	OCT 26	100
NOV 26	100	NOV 26	100	NOV 26	100
DEZ 26	100	DEZ 26	100	DEZ 26	100
JAN 27	100	JAN 27	100	JAN 27	100
FEB 27	100	FEB 27	100	FEB 27	100
MAR 27	100	MAR 27	100	MAR 27	100
ABR 27	100	ABR 27	100	ABR 27	100
MAY 27	100	MAY 27	100	MAY 27	100
JUN 27	100	JUN 27	100	JUN 27	100
JUL 27	100	JUL 27	100	JUL 27	100
AGO 27	100	AGO 27	100	AGO 27	100
SET 27	100	SET 27	100	SET 27	100
OCT 27	100	OCT 27	100	OCT 27	100
NOV 27	100	NOV 27	100	NOV 27	100
DEZ 27	100	DEZ 27	100	DEZ 27	100
JAN 28	100	JAN 28	100	JAN 28	100
FEB 28	100	FEB 28	100	FEB 28	100
MAR 28	100	MAR 28	100	MAR 28	100
ABR 28	100	ABR 28	100	ABR 28	100
MAY 28	100	MAY 28	100	MAY 28	100
JUN 28	100	JUN 28	100	JUN 28	100
JUL 28	100	JUL 28	100	JUL 28	100
AGO 28	100	AGO 28	100	AGO 28	100
SET 28	100	SET 28	100	SET 28	100
OCT 28	100	OCT 28	100	OCT 28	100
NOV 28	100	NOV 28	100	NOV 28	100
DEZ 28	100	DEZ 28	100	DEZ 28	100
JAN 29	100	JAN 29	100	JAN 29	100
FEB 29	100	FEB 29	100	FEB 29	100
MAR 29	100	MAR 29	100	MAR 29	100
ABR 29	100	ABR 29	100	ABR 29	100
MAY 29	100	MAY 29	100	MAY 29	100
JUN 29	100	JUN 29	100	JUN 29	100
JUL 29	100	JUL 29	100	JUL 29	100
AGO 29	100	AGO 29	100	AGO 29	100
SET 29	100	SET 29	100	SET 29	100
OCT 29	100	OCT 29	100	OCT 29	100
NOV 29	100	NOV 29	100	NOV 29	100
DEZ 29	100	DEZ 29	100	DEZ 29	100
JAN 30	100	JAN 30	100	JAN 30	100
FEB 30	100	FEB 30	100	FEB 30	100
MAR 30	100	MAR 30	100	MAR 30	100
ABR 30	100	ABR 30	100	ABR 30	100
MAY 30	100	MAY 30	100	MAY 30	100
JUN 30	100	JUN 30	100	JUN 30	100
JUL 30	100	JUL 30	100	JUL 30	100
AGO 30	100	AGO 30	100	AGO 30	100
SET 30	100	SET 30	100	SET 30	100
OCT 30	100	OCT 30	100	OCT 30	100
NOV 30	100	NOV 30	100	NOV 30	100
DEZ 30	100	DEZ 30	100	DEZ 30	100
JAN 31	100	JAN 31	100	JAN 31	100
FEB 31	100	FEB 31	100	FEB 31	100
MAR 31	100	MAR 31	100	MAR 31	100
ABR 31	100	ABR 31	100	ABR 31	100
MAY 31	100	MAY 31	100	MAY 31	100
JUN 31	100	JUN 31	100	JUN 31	100
JUL 31	100	JUL 31	100	JUL 31	100
AGO 31	100	AGO 31	100	AGO 31	100
SET 31	100	SET 31	100	SET 31	100
OCT 31	100	OCT 31	100	OCT 31	100
NOV 31	100	NOV 31	100	NOV 31	100
DEZ 31	100	DEZ 31	100	DEZ 31	100
JAN 32	100	JAN 32	100	JAN 32	100
FEB 32	100	FEB 32	100	FEB 32	100
MAR 32	100	MAR 32	100	MAR 32	100
ABR 32	100	ABR 32	100	ABR 32	100
MAY 32	100	MAY 32	100	MAY 32	100
JUN 32	100	JUN 32	100	JUN 32	100
JUL 32	100	JUL 32	100	JUL 32	100
AGO 32	100	AGO 32	100	AGO 32	100

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Josilda Pereira de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 022276594/16 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edinaldo Silva de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 044969514/01 do sinistro de DPVAT cobertura 10 anos da Vítima Jose Edinaldo Silva de Moraes inscrito (a) no CPF sob o Nº 022276594/16 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 Antonio Bento Silva</u>		Número <u>256</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Surubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>9702-5708</u>	Telefone celular (DDD)

Surubim de fevereiro de 2018
Local e data

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETO:IA
DE SEGUROS LTDA

Josilda Pereira de Moraes 16 MAR. 2018
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, João Paulo Silva de morais

RG: 6.682.160, data de expedição 20 / 09 / 2013

Órgão SDS, portador do CPF 056.072.664-35, com

domicílio na cidade de Surubim, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua: Antonio Bento Silva, nº 256

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vitima José Edizivaldo Silva de morais

cujo o conduto era Jose Edinaldo Silva de morais

Veículo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR616027

Data do Acidente: 07/01/2018

Local e data do cartório: Surubim, 18/01/18

Conceição Silva de Morais

Assinatura do Declarante

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

16 MAR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade !



DOCUMENTO
ORIGINAL

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Joséildo Silva de morais

RG: 6.682.160, data de expedição 20 / 09 / 2013

Órgão SDS, portador do CPF 056.072.664-35, com

domicílio na cidade de Surubim no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua: Antonio Bento Silva, nº 256,

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente

ocorrido com a vítima Rose Edimardo Silva de morais

cujo o conduto era Jose Edinaldo Silva de morais.

Veículo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR616027

Data do Acidente: 07/01/2018

Local e data do cartório: Surubim, 18/05/18

Frederico Silva de morais

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

2º TABELIONATO
DE NOTAS E PROTESTOS DE BOA VISTA

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE

Praca Dióscoro Carneiro - Galiléia José Ribeiro - Lj 2 - Candeia - Sumbrim-PE
Fone: (51) 3634-1413 - E-mail: carltonio@notasuniblen.cruzeira@gmail.com
Cruzeira Maria Silva de Lima - Tabela Pública

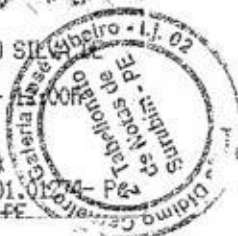
Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO MORAIS

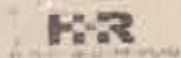
Dou fe. Surubim, quinta-feira, 12 de janeiro.
Em Testemunha da verdade.

Elizabeteira de Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total: 8.000.000,00 (OITO MILHÕES DE REAIS)
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE*

Selo(s): 0073214.ADL01201801.01273, 0073214.BKA01201801

Vladimir Carmelo - Col. Jose Ribeiro - L102 - FIMB074





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

917023

Data e Hora de Atendimento
07/01/2018 12:24

Cod Paciente: 1580424 Paciente: JOSE EDINALDO SILVA
Data de nascimento: 20/10/1982 Idade: 35a 2m 18d

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: JOSEILDA MARIA DE MORAIS

DOC ID / Data expedição: 8609524 / Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS
Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Cartão SUS: 131814104530009

Endereço: ANTONIO BETO DA SILVA Número 256
Bairro: LERIO DE CIMA Complemento:
Cidade: SURUBIM UF: PE Telefone: 998778305

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Colisão moto X Carro na BR. Chegou ao serviço de urgência com Glasgow 13. ~~sem~~ nega dor no momento. Chegou com coloração normal e em ambiente. Após dois dias em ambiente de internação.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Tempo: 05:00:194/0001-41

EGA, Vias aéreas patentes, parcialmente desorientado. TRAÇÃO CORRETO: LA DE SEGUROS LTDA

B: Respiratório MUH, LWAHT, N/A. Caxa torácica indolor e palpável. 8 MAR 2018

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C

ONE, 14 B em 2 T, N/A. FC = 120 bpm. Pulso radial duro. Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA
DATA: 07.01.18
LUGAR: Laboratório
FOTO: [assinatura]

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA
DATA: 07.01.18
LUGAR: Admissão
FOTO: [assinatura]

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 3 Hora:		Glasgow: Resposta Verbal Escore: 4 Hora:		Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:	
Glasgow L3 is L2 40 Pupilas isocóricas. <input type="checkbox"/>					
E: Exposição/Abdômen: Abd: semi-espinal, flácida e inchada. Pulm: atelectas.					
Diagnóstico Inicial: Colúmbio					Cod. Procedimento
Conduta: 1) Solicitar TAC de crânio, RX de cervical, de tórax, ombros 2) Ar da NCA, CG, ortopedias e BME					Ass. Médico B e phul.
Evolução de Enfermagem:					Ass. Enfermagem

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta		<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Internado na Clínica: Transferido para:			

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 07-Jan-18

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETO, IA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175/21 902 BL. C
Boa Vista CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

7101118

4:00

Paciente internado de urgência, com quadro de insuficiência renal aguda, referida por seu médico. (D)

EF. Exame físico normal e sem alterações. (D)

Adm. e exames laboratoriais

Do a realização de exames. (D)



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1º Via Hospital de destino / 2º Via Hospital local

Hospital Local: UPA 24h Município: Surubim

Nome do Paciente: Jose Edna do Fiu Moura 35 Data de Nascimento: 20/10/82

Histórico Clínico: Doença crônica de colite com controle evolutivo

com TCE + GAT em nível Frontal - Positivo B: 140, 90, 90
HR: 94, 90, 90 HGT: 111 Glucose 12 a) 95

Diagnóstico: TCE

Assinatura do(a) Médico(a) Assistente: Arlindo L. Leite CRM: 23035 DATA: 07/01/18

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão: _____ COREN: _____ DATA: _____

1ª REMOÇÃO

1º Hospital de Destino: HRSTONAR SS56180 Município: Recife Hora Saída: _____ Hora Chegada: _____

Motivo (Registro Detalhado): avulsão de nevus

Assinatura do(a) médico(a): _____ CRM: _____

2ª REMOÇÃO

2º Hospital de Destino: _____ Município: _____ Hora Saída: _____ Hora Chegada: _____

Motivo (Registro Detalhado): _____

Assinatura do(a) médico(a): _____ CRM: _____

Assinatura do Responsável

Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem

Assinatura do Motorista

COREN:

Placa da Ambulância:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO: IA
DE SEGUROS LTDA
16 MAR. 2013
Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

07/01/2018 12:19

Nome Paciente: JOSE EDNALDO SILVA DE MORAIS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/10/1982
Sexo: Masculino
Idade: 35
Senha: U0024
Convênio:
Atendimento:

07/01/2018 12:19 - ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA - COREN: 54661 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 4H NEGA DESMAIO E VOMITO, APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIAO FRONTO-PARIETAL

Observação: 5336180

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 0
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Rx: Fx 1/3 Intox & cbrnalo (D)

(-N) Tipografia + Anestesia

Ass 6º andar qm alto & cetera clinica

22738 + A Hugo Lima

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010

Acolhido(a) por: ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA
Data: 07/01/2018 12:19

RECIFE-PE

07-01-18 #CG#

14:40 Rx tórax: aumento de pneumotórax ou derrame
pleural.

CS: alta de G. C.

Dr. João Jorge Lira
Cirurgia Geral
CRM-PE: 22000

07/01/18

NCR

estava SI intercorrentes
eclis

TAC de crânio SI lene

Tc de coluna cervical: sem evidências de fratura

Conclusão: Alta de NCR
AO Trauma TO

Dr. João Jorge Lira
Neurocirurgia
CRM-PE: 22194

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO (A
DE SEGUROS LTDA

16 MAR, 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jon Ednaldo

RG

R6 917023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

#CTBMF# 14:10 07/01/18

Paciente vitoso de acidente motor elétrico. Lesões, contuso, supuroso, necrosado, EG Rg

- Ao exame físico: apresenta ferida com contuso necrosado na região frontal seu direito e seu dorso. Apresenta OPV e unguíes hígidos a palpação. Boa abertura bucal. Sem guiso nasal e respiratório.

- Ao exame de urina: Tcd e urina na região muco de pH 6.

CS @alter BMF

08/01/18 evoluto realizado por ednaldo Jon

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOIA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

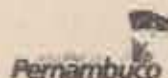
Rua da Aurora, Nº 125, SL 001 BL. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

PRONTUÁRIO: 1580424

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/10/1982

DATA/HORA: 08/01/2018 10:20

ATENDIMENTO: 917109

Leito 602-L1

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 08/01/2018

Hora: 10:18

#TRAUMATOLOGIA

#HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO
#HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA

#EVOLUCAO: PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS

#AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA
NVC PRESERVADO DE MSD

CDT: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
TIPOIA EM MSD

Dr. Fernando Queiroz
Traumatologia / Ortopedia
Recife - PE, Brasil

CS/tra hospitalar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO: SA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO

HOUSE

VI

INTERVIEW

UNIVERSITY

01/01/2011

CONCLUSION

CHAYBACH

DISCUSSION

NOME DO PACIENTE: 104 Edna L. Maria

02-1

REGISTRO N.º

DIA

1880

DIA

DIA

DIA

	MEDICAMENTO	D
<i>V. L. G. P. M.</i>		

208 May, Island & cat

13) $\text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{O}_6$ $\text{C}_{10}\text{H}_{18}\text{O}_6$

29/9 2000 10/10 10/10 10/10

3) repair clay + sand floor

6) Phenomenon known as adhesion -

② Plant cleared & 6/6/

8. 55W1C1G1

Plants of the
Savanna

OS Proprietários da Fábrica do Aterro.

Conclusion

802.494/0001-41
RACÃO CORRETO: A
DE SEGUROS LTDA

16 MAR 2013

Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO MÉDICO

Prodotto da Gráfica Hospitalar Alto Nível

0000 0313

Paciente:

José Edinaldo Silva Moraes

Data: 07.04.2018

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: 15 pontos.

TRM ☐ Sim ☒ Não

Franqui:

A - Perda motora e sensitiva completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório:

☐ Espontâneo

☐ TOT

☐ TOT

☐ Outros

Quais:

Ventilase:

☐ RVP

☐ AVC

☐ JH

☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☐ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavagem

☐ Aberta

Eliminação Intestinal:

☐ Normais

☐ Constipação a

dias

☐ Diarréia

Diurese

☐ Espontânea

☐ Dispositivo Urinário

☐ SVA

☐ SVD

Aspecto:

Pele:

☐ Inteira

☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia:

/ /

☐ Úlcera de decúbito

Localização:

Intervenção pela Traumatologia

Localização:

AG. Avaliada

Quebras:

Exames:

Parâmetros:

Observações (Dúvidas / Noturnas):

Data:

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons Incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. X3 pts.)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descoreb.) (2 pts.)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos.

TRM ☐ Sim ☐ Não

Franqui:

A - Perda motora e sensitiva completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos).

Sistema Respiratório:

☐ Espontâneo

☐ TOT

☐ TOT

☐ Outros

Quais:

Ventilase:

☐ AVP

☐ AVC

☐ JH

☐ Sem Acesso.

Dieta

☐ Zero

☐ Via Oral

☐ SNG

☐ SOG

☐ SNE

☐ Gastrostomia

☐ Gavagem

☐ Aberta

Eliminação Intestinal:

☐ Normais

☐ Constipação a

dias

☐ Diarréia

Diurese

☐ Espontânea

☐ Dispositivo Urinário

☐ SVA

☐ SVD

Aspecto:

Pele:

☐ Inteira

☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia:

/ /

☐ Úlcera de decúbito

Localização:

Intervenção pela Traumatologia

Localização:

AG. Avaliada

Quebras:

Exames:

Parâmetros:

Observações (Dúvidas / Noturnas):

Diurno:

Ass:

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOIA
DE SEGUROS LTDA

Estágio
1-6 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Fete Gonçalves da Silva
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: <u>27/01</u>	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() Atenção de sinais vitais (3 vezes ao dia)
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16	26				
22					
10					
16	20				
22					
10					
16	36,4				
22					
10					
16	138 x 87				
22					

Juana

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000855

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1580424

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

For coluna lombar N/C

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Im?

REALIZADO
TOMOGRAFIA DE LOMBOSSACRAL - L1/L2
DATA: 07/01/18
SOLICITANTE: **Edmarcelo**

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Kaue Franke
Neurocirurgia
CRM-PE 25349

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07 / 01 / 18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETO: A

DE SEGUROS LTDA

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18 MAR. 2017

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

RECIFE-PE

Cod. 0421



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Edinaldo Silva Morais

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1580939

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Crânio

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07.01.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. João Jorge Lira
Cirurgião Geral
CRM-PE: 22000

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

05.802.494/0001-41
28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
TRACAO CORRETORES
DE SEGURANÇA

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

16 MAR 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

REALIZADO

IMAGEM DE IMPRESSÃO

07.01.18

EDICO

ESTAB

RECIFE-PE

Cod. 0421

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS	PRONTUÁRIO: 1580424	ATENDIMENTO: 00917109
DATA DE NASCIMENTO: 20/10/1982	FOI ATENDIDO EM: 07/01/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 08/01/2018 ÀS 12:59	

Diagnóstico Provável:

HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO
#HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA
CID-10: S42.0

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA
ANALGESIA

Observação:

PACIENTE DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS

Encaminhado para:

RETORNAR AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA APOS 30DIAS COM DR TIAGO JUSTOS

Dr. Tiago Justos
Ortopedia
RECIFE - PE 2020

JOSE VINÍCIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 08, JANEIRO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-4,
TRAÇÃO CORRETOIA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Prefeitura Municipal do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr^o Gentil Augusto de Miranda

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Moraes filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Moraes – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim. Dia do acidente 07/01/2018 pelo médico plantonista Dr.Arlindo L. Leite Júnior **CREMEPE 23036**.

Thyago Belo Pedrosa

Coordenador Administrativo
Matricula 10097
Hospital Municipal do Surubim

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

Carla Vânia Moreira Henrique

Carla Vânia Moreira Henrique

SAME

Josilda Pereira de Moraes

Recebedor

RG _____

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78

Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE. 16 MAR. 2013

Fone /Fax: (81) 3634-1196

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CONCRETOIA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 58.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0051049

Prontuário: 00508566-9

Nome: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Endereço: RUA ANTONIO BENTO DA SILVA

Cidade: SURUBIM/PE

Documento:

Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS

Profissão:

Idade: 35 ANOS, 2 MESES E 18 DIAS

Dt. Nasc.: 20/10/1982

Sexo: M

Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55750000

Nac: BRASIL

Sigrenat:

Pat: JURANDI PEREIRA DE MORAIS

Responsável:

Últimas Ocorrências		
Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
07/01/2018 08:48	0051049	ACIDENTE DE MOTO
14/05/2017 08:56	0015799	CURATIVO
13/05/2017 10:09	0015616	CURATIVO

PRE-CONSULTA

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

Honário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Por alcoolizad
vitrão de vidro
no carro 10h 4h
avult el TCE +
cont no FRONTO-TEMPORAL

10h:
111

PO: 140 x 90 mmHg
PR 99%

Tratamento

1/ LUPRIZ
+ ASSOPRIN
+ SUME

7/ 5ml 1500 mg
SPO 9% - 1000 mg
TRABUVA - 02 mg
+ 5 ml

FUTO in a. 05

PO HR
MUDIMARIZ: 50 mg

Exames complementares

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

Armando L. de M. J.
Médico
CREMEPE 2013

Impressão diagnóstica

ADM MEDICAMENTO:

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP

☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

Consultas / Atendimento Médico:

☐ urgência básica ☐ urgência especializada

☐ observação básica ☐ observação especializada

05.802.494/0001-44

TRACAO CORRETOA

DE SEUS LTDA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / COREN

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL E

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HORÁRIO

CID

1/ S.N.G. S/N

7/ 12h 012 L/M d

1/ colere cervical

FUTO in 10.55

MÉDICO / COREN

1/ 12h 012 L/M d

SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 08/02/2018 12:30Hr
Serviço.....: TRAUMATOLOGIA OMBRO
Médico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO
Agenda.....: 39629

Informações do Paciente

Paciente.....: 1580424 Same.....:
Nome.....: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 998778305 / Celular: () - Nasc.....: 20/10/1982
Endereço.....: ANTONIO BETO DA SILVA, 256 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 55750000
Cidade.....: SURUBIM

Agendado por: VANDERSONASN

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Clínica:

Prontuário: 1580424

Atendimento: 917109

Leito: 602-L1

SOLICITO:

1- TIPOIA AMERICANA

*Dr. Ana Augusta Queiroz
Médico (Ortopedia)
CRM-PE 14.148*

Data: 08/01/2018

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETOILA
DE SEGUROS LTDA

18 MAR. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Receituário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:

PLETO:

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS

CRM:

25516

UF

PE

NÚMERO:

S/N

Endereço:

AV. AGAMENON MAGALHÃES

BAIRRO:

DERBY

FONE:

3181-5400

CIDADE:

RECIFE

UF:

PE

Paciente:

JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Endereço paciente:

ANTONIO BETO DA SILVA

Prescrição:

USO ORAL:

1- FLANCOX 500MG----- 1CX

TOMAR 1CP, VO, 12/12H POR 5 DIAS

2- DAPIRONA 500MG----- 1CX

TOMAR 1CP, VO, 6/6H SE DOR

Dra. Tereza Augusta Oliveira
Farmacêutica / Ortopedista
CRM - PE 34488

Data: 08/01/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANES

DIETRAM - PE Nº 013433380073

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 409833100 12/07/17

JOSEILDO SILVA DE MORAIS

SURUBIM-PE

056.072-594-35 PLACA PEM0011

902XK1610CR816027

FABR / MOTOR / CILINDROS

HONDA/CG 150 FAN EST

28/149CU

1 IPVA 2017 QUITADO

V 1

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NACIONAL PARA TRANSFERENCIA

12/07/17

Charles Andreza Sousa Ribeiro

DIETRAM - PE

DIETRAM

DIETRAM

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Roa Vista - CEP: 50.060-010
R/C/FF-PF

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR DUA CATEGORIA, A PESSOAS,
TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PE Nº 013433380073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSEILDO SILVA DE MORAIS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SURUBIM-PE

056.072-594-35 PLACA PEM0011

902XK1610CR816027

HONDA/CG 150 FAN EST

28/149CU

1 IPVA 2017 QUITADO

V 1

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NACIONAL PARA TRANSFERENCIA

12/07/17

Charles Andreza Sousa Ribeiro

DIETRAM - PE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3180/123433

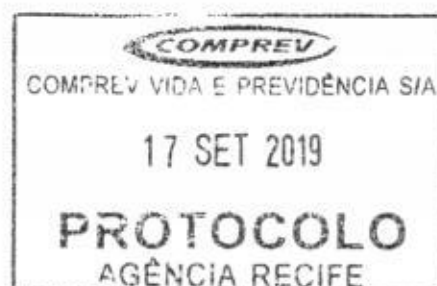
.PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3180/123433 tendo em vista está apresentando LAUDO onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

CPF:044.969.514-01



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do acidente: 07/01/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: EXAME SEM ALTERAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do acidente: 07/01/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame físico: EXAME SEM ALTERAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536032 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS **Data do acidente:** 07/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante José Edinaldo Silva de Moraes

portador(a) do documento de identidade nº 6609524 SSP expedido por SSP PE em

14/06/2001 inscrito no CPF sob o nº 044.969.514-01 residente na

Rua: Antonio Bento Silva nº 256

complemento Casa Bairro Centro cidade

Surubim Estado PE

2. Outorgado Joselinda Pereira de Moraes

portador(a) do documento de identidade nº 11256 expedido por MT PE em

01/03/2013 inscrito no CPF sob o nº 022.276.594-16 residente na

Rua Antonio Bento Silva nº 256

complemento Casa Bairro Centro cidade

Surubim Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Surubim 1^a de 01 de 2018

Outorgante José Edinaldo Silva de Moraes

Autenticidade

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE CONTAS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBO



DOCUMENTO
ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321829/19

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

CPF: 044.969.514-01

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/01/2018

Titular do CPF: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS : 044.969.514-01

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019
Nome: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS
CPF: 044.969.514-01

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190536032**

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do Acidente: 07/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190536032

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do Acidente: 07/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190536032

Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

Data do Acidente: 07/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

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

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044969514-01

Nome completo da vítima

Jose Edinaldo Silva de Moraes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Jose Edinaldo Silva de Moraes</u>		CPF titular da conta <u>044969514-01</u>	Profissão <u>Recusou-se</u>
Endereço <u>Rua Antonio Bento Silva</u>		Número <u>256</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Surubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email	Telefone (DDD) <u>(81) 9.9668-4814</u> <u>9702-5708</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO <input type="text"/>		REND <input type="text"/>	
AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Surubim 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Jose Edinaldo Silva de Moraes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Edinaldo Silva de Moraes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044.969.514-01

Nome completo da vítima

Jose Edinaldo Silva de Moraes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Jose Edinaldo Silva de Moraes</u>		CPF titular da conta <u>044.969.514-01</u>	Profissão <u>Recusou-se</u>
Endereço <u>Rua Antonio Bento Silva</u>		Número <u>256</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Surubim</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email	Telefone (DDD) <u>(81) 9.9668-4814</u>		<u>9702-5708</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		BANCO <input type="text"/>		REND <input type="text"/>	
AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		CONTA <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Surubim 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Jose Edinaldo Silva de Moraes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jose Edinaldo Silva de Moraes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Maícel Carneiro da Cruz

CPF da Vítima

052.950.774-97

Data do Acidente

13/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Maícel Carneiro da Cruz

CPF do Representante Legal

052.950.774-97

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.9668-1014

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gloria de Brito de *maio* de *2018*
Local e Data

Maícel Carneiro da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

RECEBIDA

14 JUL 2018

RECIFE-PE

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044.969.534-01

Nome completo da vítima

José Edimildo Silva de Morais

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Edimildo Silva de Morais		CPF titular da conta 044.969.534-01	Profissão desempregado
Endereço Rua Antônio Bento Silva		Número 256	Complemento
Bairro Centro	Cidade Suaquim	Estado PE	CEP 55750-000
Email		Telefone (DDD) 85-33668-1844 / 33255-3087	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO 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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco Santander

Nº

033

AGÊNCIA

Nº

D/V

4067

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

02-000794

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Suaquim-PE 20 de junho de 2018

Local e data

José Edimildo Silva de Morais

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.969.514-01 4 - Nome completo da vítima: Jose Edinaldo Silva de Moraes

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

5 - Nome completo: Jose Edinaldo Silva de Moraes 6 - CPF: 044.969.514-01
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Antonio Bento Silva 9 - Número: 256 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Surubim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 03-000794 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
17 SET 2019

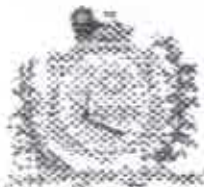
40 - Local e Data, Surubim 30/09/19.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206000136**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2018** às **11:20**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **7/1/2018** às **02:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO
COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ
EDINALDO SILVA DE MORAES**

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

**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
GORETE SILVA DE MORAIS Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Data de Nascimento: 20/10/1982
Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4408524/55P/PE (RG), 04490351401
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(a) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones
Celulares:
- 997025708**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 0 - Bairro: SAO SEBASTIAO -
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NAO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO** 05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES, que
estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 150 Objeto apreendido: NAO Rua Vista - CEP: 50.060-010
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA) RECIFE-PE**

Placa: **PEMS011 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1671CR616027**
Descrição: **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

Complemento / Observação

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA FILTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDADO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA - Matrícula: 320341-7



DOCUMENTO
ORIGINAL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO, IA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER116ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0206000136**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/01/2018 às 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Data de Nascimento: 20/10/1982 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 0009524/007/PE (RG), 04499951401 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 997025708

Endereço Residencial: RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 9 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETO:IA
DE SEGUROS LTDA

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 150 Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 30.060-010

Placa: PEM0011 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1671CR016027 Descrição: MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS

RECIFE-PE

Complemento / Observação

DOCUMENTO
ORIGINAL

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDADO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2016, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA - Matrícula: 320341-7



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIA
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bea Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DOCUMENTO
ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER116ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0206000136**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/01/2018 às 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Data de Nascimento: 20/10/1982
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9809524/SSP/PE (RG), 04490951401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 997025708**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 0 - Bairro: SAO SEBASTIAO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM8011 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC1671CR816027**
Descrição: **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

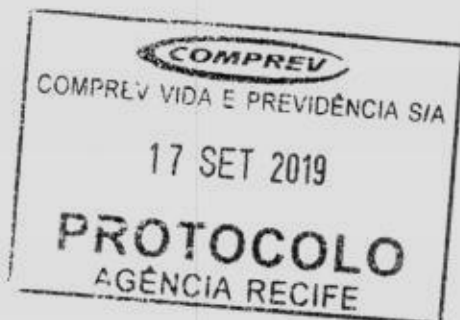
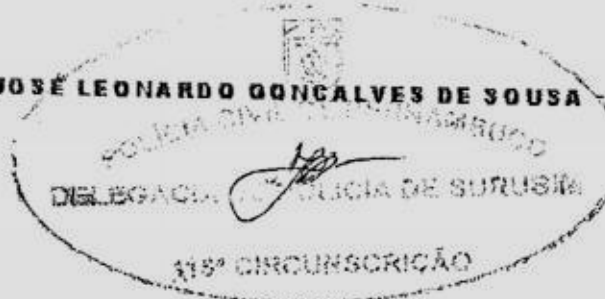
Complemento / Observação

COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDADO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA Matrícula: 320341-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Jose Edinaldo Silva de Moraes</i>	CPF da Vítima <i>044969514-01</i>	Data do Acidente <i>07/01/18</i>
---	--------------------------------------	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Jose Edinaldo Silva de Moraes</i>	CPF do Representante legal <i>044969514-01</i>
E-mail	Telefone (DDD) <i>9702-5708</i>

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Surubim, *01* de *fevereiro* de *2018*

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

Jose Edinaldo Silva de Moraes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

16 MAR 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 044.969.514-01 4 - Nome completo da vítima: Jose Edinaldo Silva de Moraes

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

5 - Nome completo: Jose Edinaldo Silva de Moraes 6 - CPF: 044.969.514-01
 7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua Antonio Bento Silva 9 - Número: 256 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Surubim 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55750-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3087

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4067 CONTA: 03-000794
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 do pedido.

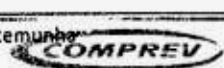
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: 
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha: _____
 17 SET 2019

40 - Local e Data, Surubim 30/09/19.

Jose Edinaldo Silva de Moraes
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)