



01/07/2020

Número: **0016279-29.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64035918	01/07/2020 15:10	ANEXO 1	Outros (Documento)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

Matrícula: 917109
Data de nascimento: 15/04/1982
Nome: JOSE EDINALDO SILVA
Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS
Cidade: ANTONIO BETO DA SILVA
UF: PE
Assinatura: [Assinatura]
Data: 07/01/2018
Local: [Assinatura]
Assinatura: [Assinatura]
Data: 07/01/2018
Local: [Assinatura]

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: 0609524		Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS	
		Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS	
Endereço: ANTONIO BETO DA SILVA		Cartão SUS: 131814104530009	
Bairro: LERIO DE CIMA		Número: 256	
Cidade: SURUBIM		Complemento:	
Ocorrências:		UF: PE Telefone: 998778305	

Objetivo 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:

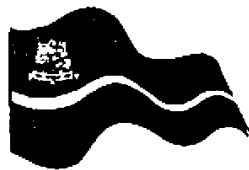
Colisão com moto de 150cc. Queda no asfalto de cabeça para trás. Lesões: fratura de fêmur direito, fratura de tíbia e fíbula esquerda, contusões e lacerações no tronco e membros inferiores. Paciente consciente e orientado.

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒		Atendimento Médico	
Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒		Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒	
Perda de trânsito: Sim ☐ Não ☒		Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒		Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒	
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐		Por Quê?	

Exame Físico:

A. Geral: Vias aéreas está pervia: Sim ☒ Não ☐		O paciente fala: Sim ☒ Não ☐	
B. Respiratório: [Assinatura]			
C. Circulatório: PA: X mm Hg, Pulso: bpm			





Prefeitura Municipal do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº 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.
Fone /Fax: (81) 3634-1196



$$\frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx = \frac{1}{\sqrt{\pi}} \int_{-\infty}^{\infty} f(x) e^{-x^2} dx$$
$$W_{\text{eff}} = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\mu} + \frac{1}{\mu_0} \right) \left(\frac{1}{\mu} + \frac{1}{\mu_0} \right) \left(\frac{1}{\mu} + \frac{1}{\mu_0} \right) \dots$$

10. *Journal of the American Medical Association*, 1990; 263: 1025-1028.

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

6-9-74 1448 12-1950.

1. 1575-1576

$\Delta = \frac{1}{\sqrt{2}}$

100

8: RESERVA IN
CASA PER IL COMPLEANNO
DI PAOLA

COMPASS SPONSORSHIP

1073489038

Abstract

08/2017

NAME _____

15/09/2017

08/10/2017

120820

34.57

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL	STATE OF NEW YORK	ALBANY
RECEIVED	FILED	DEPT. OF JUSTICE
APPROVED FOR SIGNATURE	BY THE CLERK	OF THE SUPREME COURT
DATE	FILED	FILED

[illegible][illegible]

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1941-1-1	Balance	100.00	100.00
1941-1-15	Payment	25.00	75.00
1941-2-1	Payment	15.00	60.00
1941-2-15	Payment	10.00	50.00
1941-3-1	Payment	5.00	45.00
1941-3-15	Payment	5.00	40.00
1941-4-1	Payment	5.00	35.00
1941-4-15	Payment	5.00	30.00
1941-5-1	Payment	5.00	25.00
1941-5-15	Payment	5.00	20.00
1941-6-1	Payment	5.00	15.00
1941-6-15	Payment	5.00	10.00
1941-7-1	Payment	5.00	5.00
1941-7-15	Payment	5.00	0.00
1941-8-1	Payment	5.00	-5.00
1941-8-15	Payment	5.00	-10.00
1941-9-1	Payment	5.00	-15.00
1941-9-15	Payment	5.00	-20.00
1941-10-1	Payment	5.00	-25.00
1941-10-15	Payment	5.00	-30.00
1941-11-1	Payment	5.00	-35.00
1941-11-15	Payment	5.00	-40.00
1941-12-1	Payment	5.00	-45.00
1941-12-15	Payment	5.00	-50.00
1942-1-1	Payment	5.00	-55.00
1942-1-15	Payment	5.00	-60.00
1942-2-1	Payment	5.00	-65.00
1942-2-15	Payment	5.00	-70.00
1942-3-1	Payment	5.00	-75.00
1942-3-15	Payment	5.00	-80.00
1942-4-1	Payment	5.00	-85.00
1942-4-15	Payment	5.00	-90.00
1942-5-1	Payment	5.00	-95.00
1942-5-15	Payment	5.00	-100.00
1942-6-1	Payment	5.00	-105.00
1942-6-15	Payment	5.00	-110.00
1942-7-1	Payment	5.00	-115.00
1942-7-15	Payment	5.00	-120.00
1942-8-1	Payment	5.00	-125.00
1942-8-15	Payment	5.00	-130.00
1942-9-1	Payment	5.00	-135.00
1942-9-15	Payment	5.00	-140.00
1942-10-1	Payment	5.00	-145.00
1942-10-15	Payment	5.00	-150.00
1942-11-1	Payment	5.00	-155.00
1942-11-15	Payment	5.00	-160.00
1942-12-1	Payment	5.00	-165.00
1942-12-15	Payment	5.00	-170.00
1943-1-1	Payment	5.00	-175.00
1943-1-15	Payment	5.00	-180.00
1943-2-1	Payment	5.00	-185.00
1943-2-15	Payment	5.00	-190.00
1943-3-1	Payment	5.00	-195.00
1943-3-15	Payment	5.00	-200.00
1943-4-1	Payment	5.00	-205.00
1943-4-15	Payment	5.00	-210.00
1943-5-1	Payment	5.00	-215.00
1943-5-15	Payment	5.00	-220.00
1943-6-1	Payment	5.00	-225.00
1943-6-15	Payment	5.00	-230.00
1943-7-1	Payment	5.00	-235.00
1943-7-15	Payment	5.00	-240.00
1943-8-1	Payment	5.00	-245.00
1943-8-15	Payment	5.00	-250.00
1943-9-1	Payment	5.00	-255.00
1943-9-15	Payment	5.00	-260.00
1943-10-1	Payment	5.00	-265.00
1943-10-15	Payment	5.00	-270.00
1943-11-1	Payment	5.00	-275.00
1943-11-15	Payment	5.00	-280.00
1943-12-1	Payment	5.00	-285.00
1943-12-15	Payment	5.00	-290.00
1944-1-1	Payment	5.00	-295.00
1944-1-15	Payment	5.00	-300.00
1944-2-1	Payment	5.00	-305.00
1944-2-15	Payment	5.00	-310.00
1944-3-1	Payment	5.00	-315.00
1944-3-15	Payment	5.00	-320.00
1944-4-1	Payment	5.00	-325.00
1944-4-15	Payment	5.00	-330.00
1944-5-1	Payment	5.00	-335.00
1944-5-15	Payment	5.00	-340.00
1944-6-1	Payment	5.00	-345.00
1944-6-15	Payment	5.00	-350.00
1944-7-1	Payment	5.00	-355.00
1944-7-15	Payment	5.00	-360.00
1944-8-1	Payment	5.00	-365.00
1944-8-15	Payment	5.00	-370.00
1944-9-1	Payment	5.00	-375.00
1944-9-15	Payment	5.00	-380.00
1944-10-1	Payment	5.00	-385.00
1944-10-15	Payment	5.00	-390.00
1944-11-1	Payment	5.00	-395.00
1944-11-15	Payment	5.00	-400.00
1944-12-1	Payment	5.00	-405.00
1944-12-15	Payment	5.00	-410.00
1945-1-1	Payment	5.00	-415.00
1945-1-15	Payment	5.00	-420.00
1945-2-1	Payment	5.00	-425.00
1945-2-15	Payment	5.00	-430.00
1945-3-1	Payment	5.00	-435.00
1945-3-15	Payment	5.00	-440.00
1945-4-1	Payment	5.00	-445.00
1945-4-15	Payment	5.00	-450.00
1945-5-1	Payment	5.00	-455.00
1945-5-15	Payment	5.00	-460.00
1945-6-1	Payment	5.00	-465.00
1945-6-15	Payment	5.00	-470.00
1945-7-1	Payment	5.00	-475.00
1945-7-15	Payment	5.00	-480.00
1945-8-1	Payment	5.00	-485.00
1945-8-15	Payment	5.00	-490.00
1945-9-1	Payment	5.00	-495.00
1945-9-15	Payment	5.00	-500.00
1945-10-1	Payment	5.00	-505.00
1945-10-15	Payment	5.00	-510.00
1945-11-1	Payment	5.00	-515.00
1945-11-15	Payment	5.00	-520.00
1945-12-1	Payment	5.00	-525.00
1945-12-15	Payment	5.00	-530.00
1946-1-1	Payment	5.00	-535.00
1946-1-15	Payment	5.00	-540.00
1946-2-1	Payment	5.00	-545.00
1946-2-15	Payment	5.00	-550.00
1946-3-1	Payment	5.00	-555.00
1946-3-15	Payment	5.00	-560.00
1946-4-1	Payment	5.00	-565.00
1946-4-15	Payment	5.00	-570.00
1946-5-1	Payment	5.00	-575.00
1946-5-15	Payment	5.00	-580.00
1946-6-1	Payment	5.00	-585.00
1946-6-15	Payment	5.00	-590.00
1946-7-1	Payment	5.00	-595.00
1946-7-15	Payment	5.00	-600.00
1946-8-1	Payment	5.00	-605.00
1946-8-15	Payment	5.00	-610.00
1946-9-1	Payment	5.00	-615.00
1946-9-15	Payment	5.00	-620.00
1946-10-1	Payment	5.00	-625.00
1946-10-15	Payment	5.00	-630.00
1946-11-1	Payment	5.00	-635.00
1946-11-15	Payment	5.00	-640.00
1946-12-1	Payment	5.00	-645.00
1946-12-15	Payment	5.00	-650.00
1947-1-1	Payment	5.00	-655.00
1947-1-15	Payment	5.00	-660.00
1947-2-1	Payment	5.00	-665.00
1947-2-15	Payment	5.00	-670.00
1947-3-1	Payment	5.00	-675.00
1947-3-15	Payment	5.00	-680.00
1947-4-1	Payment	5.00	-685.00
1947-4-15	Payment	5.00	-690.00
1947-5-1	Payment	5.00	-695.00
1947-5-15	Payment	5.00	-700.00
1947-6-1	Payment	5.00	-705.00
1947-6-15	Payment	5.00	-710.00
1947-7-1	Payment	5.00	-715.00
1947-7-15	Payment	5.00	-720.00
1947-8-1	Payment	5.00	-725.00
1947-8-15	Payment	5.00	-730.00
1947-9-1	Payment	5.00	-735.00
1947-9-15	Payment	5.00	-740.00
1947-10-1	Payment	5.00	-745.00
1947-10-15	Payment	5.00	-750.00
1947-11-1	Payment	5.00	-755.00
1947-11-15	Payment	5.00	-760.00
1947-12-1	Payment	5.00	-765.00
1947-12-15	Payment	5.00	-770.00
1948-1-1	Payment	5.00	-775.00
1948-1-15	Payment	5.00	-780.00
1948-2-1	Payment	5.00	-785.00
1948-2-15	Payment	5.00	-790.00
1948-3-1	Payment	5.00	-795.00
1948-3-15	Payment	5.00	-800.00
1948-4-1	Payment	5.00	-805.00
1948-4-15	Payment	5.00	-810.00
1948-5-1	Payment	5.00	-815.00
1948-5-15	Payment	5.00	-820.00
1948-6-1	Payment	5.00	-825.00
1948-6-15	Payment	5.00	-830.00
1948-7-1	Payment	5.00	-835.00
1948-7-15	Payment	5.00	-840.00
1948-8-1	Payment	5.00	-845.00
1948-8-15	Payment	5.00	-850.00
1948-9-1	Payment	5.00	-855.00
1948-9-15	Payment	5.00	-860.00
1948-10-1	Payment	5.00	-865.00
1948-10-15	Payment	5.00	-870.00
1948-11-1	Payment	5.00	-875.00
1948-11-15	Payment	5.00	-880.00
1948-12-1	Payment	5.00	-885.00
1948-12-15	Payment	5.00	-890.00
1949-1-1	Payment	5.00	-895.00
1949-1-15	Payment	5.00	-900.00
1949-2-1	Payment	5.00	-905.00
1949-2-15	Payment	5.00	-910.00
1949-3-1	Payment	5.00	-915.00
1949-3-15	Payment	5.00	-920.00
1949-4-1	Payment	5.00	-925.00
1949-4-15	Payment	5.00	-930.00
1949-5-1	Payment	5.00	-935.00
1949-5-15	Payment	5.00	-940.00
1949-6-1	Payment	5.00	-945.00
1949-6-15	Payment	5.00	-950.00
1949-7-1	Payment	5.00	-955.00
1949-7-15	Payment	5.00	-960.00
1949-8-1	Payment	5.00	-965.00
1949-8-15	Payment	5.00	-970.00
1949-9-1	Payment	5.00	-975.00
1949-9-15	Payment	5.00	-980.00
1949-10-1	Payment	5.00	-985.00
1949-10-15	Payment	5.00	-990.00
1949-11-1	Payment	5.00	-995.00
1949-11-15	Payment	5.00	-1000.00
1949-12-1	Payment	5.00	-1005.00
1949-12-15	Payment	5.00	-1010.00
1950-1-1	Payment	5.00	-1015.00
1950-1-15	Payment	5.00	-1020.00
1950-2-1	Payment	5.00	-1025.00
1950-2-15	Payment	5.00	-1030.00
1950-3-1	Payment	5.00	-1035.00
1950-3-15	Payment	5.00	-1040.00
1950-4-1	Payment	5.00	-1045.00
1950-4-15	Payment	5.00	-1050.00
1950-5-1	Payment	5.00	-1055.00
1950-5-15	Payment	5.00	-1060.00
1950-6-1	Payment	5.00	-1065.00
1950-6-15	Payment	5.00	-1070.00
1950-7-1	Payment	5.00	-1075.00
1950-7-15	Payment	5.00	-1080.00
1950-8-1	Payment	5.00	-1085.00
1950-8-15	Payment	5.00	-1090.00
1950-9-1	Payment	5.00	-1095.00
1950-9-15	Payment	5.00	-1100.00
1950-10-1	Payment	5.00	-1105.00
1950-10-15	Payment	5.00	-1110.00
1950-11-1	Payment	5.00	-1115.00
1950-11-15	Payment	5.00	-1120.00
1950-12-1	Payment	5.00	-1125.00
1950-12-15	Payment	5.00	-1130.00
1951-1-1	Payment	5.00	-1135.00
1951-1-15	Payment	5.00	-1140.00
1951-2-1	Payment	5.00	-1145.00

1. The first step in the process of the investigation is the identification of the problem. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must identify the problem and the scope of the investigation. The next step is the collection of data. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must collect data from the sources that are available. The next step is the analysis of the data. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must analyze the data and determine the cause of the problem. The next step is the development of a solution. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must develop a solution that will solve the problem. The next step is the implementation of the solution. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must implement the solution and monitor the results. The final step is the evaluation of the results. This is done by the investigator who is responsible for the investigation. The investigator must evaluate the results and determine if the problem has been solved.

05,807 494/1001-4

[illegible]

1542-20

Table 1.

1. *Journal of Management Studies*, 1990, 27, 1.

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26



Terço Social de Energia (Terço Social) - Companhia Estadual de Energia Elétrica
Companhia Estadual de Energia Elétrica - Companhia Estadual de Energia Elétrica
At: 2007 de 2007, 11, São Paulo, São Paulo, São Paulo - CEP: 05508-900
CNPJ: 06.958.322/0001-01 | Ins. Est. 0055943-92 - www.celpe.sp.gov.br

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

01/07/2020

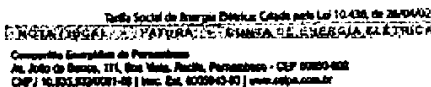
34,87

34,87

05.807.494/0001-4

18/04/2017





MAR A GORETTE SILVA DE MORAIS

RUA ANTONIO BENTO SILVA 250

DPF 338 134 602-49785 15470348605

CENTRO SURFARM
S. PUEBLO PE
55750-600

CLASSIFICACAO

B1 RESIDENCIAL
BARRA FEIRA COM PIS
Monobloco

1073489039 09/2017
150002017 08/10/2017

REF ID: A68000	UNCLAS	DATE: 11/7
MISSION:	(UNCLAS)	DATE: 11/7
APPROPRIATE:	OF SCIENCE	R. HARRIS
DATE: 11/7	20010904/04	3/04/702

SECRET/NO FORN DISSEM

	Quantidade	Preço unit.	Valor (R\$)
Consumo A.C. = 100 kWh	20,00000000	3,17035803	6,34
Consumo A.C. superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,74264294	52,44
Consumo Rede superior a 100 até 220 kWh	3,00000000	2,43853651	7,31
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,21
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1,38
Consumo de Alumínio e Public.			6,82
Multa por atraso NF 07/04/1994 - 07/05/17			11,54
Juros por atraso NF 05/05/1994 - 07/05/17			0,60

TOTAL DA FATURA

34 57

DEMONSTRATIVO DA CUNHA DO CERTA NOTA FISCAL

IF NO	TYPE OF	AMOUNT		DATE	REMARKS	STATUS	AMOUNT	AMOUNT	AMOUNT
NUMBER	DESCRIPTION	DEBIT	CREDIT						
10000000	CAT	0.00	0.00	10-10-1977	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

7. 國家安全委員會

на 100% от размера на разходите

Copyright Clearance Center

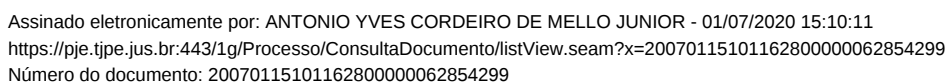
[illegible]

DOC 5 F504 DOC 0 C 127 F 658 BCBA 1E00 C 73A

INFORMAL DISCUSSIONS

THESE DOCUMENTS ARE THE PROPERTY OF THE NATIONAL ARCHIVES AND ARE LOANED TO YOU BY THE NATIONAL ARCHIVES. THEY ARE NOT TO BE REPRODUCED OR TRANSMITTED IN ANY FORM OR BY ANY MEANS, ELECTRONIC OR MECHANICAL, INCLUDING PHOTOCOPYING, RECORDING, OR BY ANY INFORMATION STORAGE AND RETRIEVAL SYSTEM. THESE DOCUMENTS ARE THE PROPERTY OF THE NATIONAL ARCHIVES AND ARE LOANED TO YOU BY THE NATIONAL ARCHIVES. THEY ARE NOT TO BE REPRODUCED OR TRANSMITTED IN ANY FORM OR BY ANY MEANS, ELECTRONIC OR MECHANICAL, INCLUDING PHOTOCOPYING, RECORDING, OR BY ANY INFORMATION STORAGE AND RETRIEVAL SYSTEM.

	1960	1961	1962	1963	1964
DIC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
JAN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
FEB	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MAR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
APR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
MAY	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
JUN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
JUL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
AUG	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SEP	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
OCT	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
NOV	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
DEC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

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

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

Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade discutir, analisar, emitir parecer e emitir recomendações, ou outras medidas administrativas necessárias às atividades lícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pela exposta, eu João Carlos de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 070.706.844/16 na qualidade de Procurador (a), Intermediário (a) do Beneficiário João Carlos de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 070.706.844/16 do sinistro de DPVAT cobertura 1000000 da vítima João Carlos de Mello Junior inscrito (a) no CPF sob o nº 070.706.844/16 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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.

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

Assinatura		Número		Documento	
<u>João Carlos de Mello Junior</u>		<u>070</u>		<u>070.706.844/16</u>	
Cidade	Cidade	Estado	CEP		
<u>Centro</u>	<u>Sumaré</u>	<u>SP</u>	<u>13500-000</u>		
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			
<u>1402-5408</u>					

João Carlos de Mello Junior
Data

05/07/2020 15:10:11
IP: 192.168.1.1

João Carlos de Mello Junior
Assinatura do Segurante

05/07/2020 15:10:11
IP: 192.168.1.1

05/07/2020 15:10:11



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Jonildo Silva de Moraes

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

Orgão SDS, portador do CPF 056.042.664-35, 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 Jose Edsonaldo Silva de Moraes

cujos condutor era Jose Edsonaldo Silva de Moraes.

Veículo: PAS / motocicleta

Modelo Honda / CG 150 PAN EST

Ano 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2K01670C.R616027

Data do Acidente: 14/03/2018

Local e data do cartório: Surubim, 18/03/18

Jonildo Silva de Moraes

Assinatura do Declarante

5.207.301.0001-41

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

16 MAR 2018

(Assinatura e carimbo de autenticação)

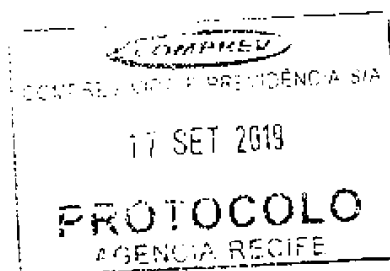
VALIDAÇÃO E AUTENTICAÇÃO

DOCUMENTO
ORIGINAL



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Joseildo Silva de Moraes,
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 Jose Edinaldo Silva de Moraes
cujo condutor era Jose Edinaldo Silva de Moraes.
Veículo: PAS / Motocicleta
Modelo: Honda / CG 150 FAN EST
Ano: 2012
Placa: PEM 8011
Chassi: 9C2K C1670CR616027
Data do Acidente: 07/01/2018



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

Joseildo Silva de Moraes

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

2º LABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE
Rua do Comércio, 111 - Centro - Surubim-PE
Fone: (071) 3214-1111 - E-mail: atendimento@surubim-pe.com.br
Cruzeta Maria Silva de Lima - Tabelão Público

Reconhecido por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO SILVA DE MORAES
em 18/01/2018, às 14h15min, em Surubim-PE, no dia 18 de janeiro de 2018 - 18/01/2018
Reconhecido por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO SILVA DE MORAES
em 18/01/2018, às 14h15min, em Surubim-PE, no dia 18 de janeiro de 2018 - 18/01/2018
Reconhecido por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO SILVA DE MORAES
em 18/01/2018, às 14h15min, em Surubim-PE, no dia 18 de janeiro de 2018 - 18/01/2018
Reconhecido por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO SILVA DE MORAES
em 18/01/2018, às 14h15min, em Surubim-PE, no dia 18 de janeiro de 2018 - 18/01/2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

Atendimento: 917109
Paciente: JOSE EDINALDO SILVA
Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS
Endereço: ANTONIO BETO DA SILVA
Bairro: LERIO DE OLIVEIRA
Cidade: SURUBUM
UF: PE
Data de Nascimento: 20/10/1982
Idade: 35a 2m 18d
Cartão SUS: 131814104530009
Telefone: 998778305

917023 Data e Hora de Atenção: 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 OLIVEIRA Complemento:
Cidade: SURUBUM 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 ☐ GP/CA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social

História Clínica

Acidente de trânsito com moto, queda, colisao com poste de energia. Lesões em membros inferiores, dor no abdômen, vômito e febre. Tratado com analgésicos e antibióticos. Evolução satisfatória.

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: Vias aéreas está pervia Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp. 36,4°C

B. Respiratório: Ausculta normal, sem ruídos. Sat. O2 98%.

C. Circulatório: PA: 120/80 mmHg. Pulso: 90 bpm.

D. Digestivo: Abdômen macio, sem dor à palpação.

E. Geniturinário: Sem alterações.

F. Neurológico: Sem alterações.



Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas	Isocôneas	Anisocôneas
Glasgow Abertura Ocular	Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora				
Escore 2	Escore 4	Escore 2				

Exame 15.01.18 - 18.01.18

E Exposição/Abdômen

Abdômen macio, sem sinais de irritação peritoneal.

Exame normal.

Diagnóstico Inicial

Edema

Cod Procedimento

Conduta

Tratamento sintomático, de suporte, de acordo com a evolução.

Exame de urina normal.

Ass. Médico

Dr. João Jorge Lima

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento	☐ Cirurgia	☐ Obito	☐ Termo de Alta a Pedido
☐ Evadiu-se	☐ Alta	☐ Curado	☐ Melhorado
☐ Internado na Clínica	☐ Transferido para	☐ Inalterado	☐ Piorado
☐ Obito			

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 ou cirúrgico inclusive transfusões e sem exames complementares a 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

05.802.194.0001-41

16 MAR 2018

Exame 15.01.18 - 18.01.18

Abdômen macio, sem sinais de irritação peritoneal.

Exame normal.





Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto da Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

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

Hospital Local: <u>UPA 24h</u>		Município: <u>Surubim</u>		
Nome do Paciente: <u>Paulo Francisco da Silva</u>		Data de Nascimento: <u>20/10/92</u>		
Endereço Clínico: <u>Av. Brasil, 100 - Centro - Surubim - PE</u> <u>CEP: 55400-000</u> <u>Telefone: (081) 3333-1111</u> <u>Endereço: 100 - Centro - Surubim - PE</u> <u>CEP: 55400-000</u>				
Assinatura do(a) Médico(a) Assistente		CRM:	DATA:	
<u>Antônio L. Leite</u> Médico CREMEPE: 23035		<u>23035</u>	<u>02/01/19</u>	
Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)			
	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				
COREN:				
Placa da Ambulância:				

do Motorista

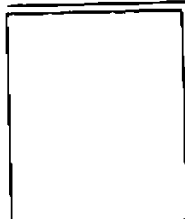


HOSPITAL DA RESTAURACAO

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

Cod: VERDE

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

Observação: 5338180

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

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

Pa. F. 1/3 Antel. 3.000ml (1)

Ant. 1.000ml + Antel. 1.000ml

Ass. 3.000ml para obter 3.000ml de soro clínico

Lab 22235 - A. Hugo Lima

05.802.404/0001-41
FARMACIA CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

16 MAR 2017

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Enfermeiro(a) - COREN: 54661

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



07-0-18 # 0677

17 de Maio de 2018

17 de Maio

17 de Maio

D. João Jorge Lima
Chefe de Gabinete
OAB-PE: 22000

17/05/2018

ACR

17 de Maio de 2018

17 de Maio

17 de Maio de 2018

17 de Maio de 2018

17 de Maio de 2018

17 de Maio de 2018

17 de Maio de 2018

05.802.494/2001-41

TRABALHO DE CRIAÇÃO

17 de Maio de 2018

16 MAI 2018

16 de Maio de 2018

16 de Maio de 2018

16 de Maio





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Mr. Edwards

R6

RG 911023

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTB-5# 4 10 01/1/8

Procedi ritorna da procedi smaltire la carta
casi in tutto l'impresa esportando 10 Bg

- Aumento da demanda por produtos com custos reduzidos em vista dos impactos da crise sobre a demanda. Aumento da CN e melhoria logística e processos.

Ben abraham band. Dissolved mixed L-lysine

- Le mot de marque 10 d'extra ou marque
marque de patric

6. Gallon Box

08/09/18 kwartał realizacji w okresie III

OS.802.494,0001-41

172, AUGUST 1961

1. *Chlorophyll a* and *Chlorophyll b* were determined by the method of Lichtenthaler and Whistler (1973).

16 MAR 1971

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.

Received 20 July 2005; accepted 15 September 2005

— 2 —

CCD 0123





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, AAC
#VC PRESERVADO DE MSD

CDT: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
TIPOIA EM MSD

Dr. José Edinaldo Silva

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

15.802.494/0001-41

TRATAMENTO CLÍNICO DA
DOENÇA DE OMBRO

16 MAR 2018

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

10/01/2018 10:18

CDT: 917109





HOSPITAL DA RESTAMACAO

PERNAMBUCO

PREScrições, CUIDADOS MEDICOS E CONTROLE DE APLICACAO

MILITACAMLENTO

[illegible]

Erreichte die 100.000-Begehrte

12313



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente

JOSE GONCALVES DA SILVA

Data: 07/04/2019

Enfermagem

Leito

Hipótese Diagnóstica

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - sí localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal / desorient. X3 pts. ☐ Extensão / desorient. (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total 15 pontos

TEM ☐ Sim ☐ Não

Frequência

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

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

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

Sistema Respiratório ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros

Ventilação ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dente

☐ Zero
☐ Via Oral

☐ SNG
☐ SOG

☐ SNE
☐ Gastrostomia

☐ Gavagem
☐ Aberta

Eliminação Intestinal ☐ Normal ☐ Constipação a dias ☐ Diarreia

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD

Pele ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia ☐ Úlcera de decúbito

Localização

Questões

Exames

Parâmetros

Observações (Diurnas / Noturnas)

Data:

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☐ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - sí localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal / desorient. X3 pts. ☐ Extensão / desorient. (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total pontos

TEM ☐ Sim ☐ Não

Frequência

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

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

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

Sistema Respiratório ☐ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros

Ventilação ☐ AVP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dente

☐ Zero
☐ Via Oral

☐ SNG
☐ SOG

☐ SNE
☐ Gastrostomia

☐ Gavagem
☐ Aberta

Eliminação Intestinal ☐ Normal ☐ Constipação a dias ☐ Diarreia

Diurese ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD

Pele ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia ☐ Úlcera de decúbito

Localização

Questões

Exames

Parâmetros

Observações (Diurnas / Noturnas)

05.802.494/0001-41

UNIV. AU. CORDEIRO DE A.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Estádio
16 MAR 2019

UNIV. AU. CORDEIRO DE A.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Ass

Inscrito no Conselho Hospitalar 2do Nível

COD 0013

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Enf / Leito: Registro:

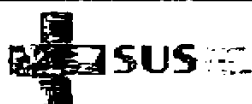
DIA: <u>07/07</u>	DIA: <u> </u>	DIA: <u> </u>	DIA: <u> </u>
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 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

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial
ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					



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

João Cordeiro de Mello Junior

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

8 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

9 - N° DO PRONTUÁRIO

1550424

10 - DATA DE NASCIMENTO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Procedimento especial

14 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Kleber Franke
Neurocirurgião
CRM-PE 25340

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/01/18

25 - PROFISSIONAL (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (V) DO REGISTRO E CANCELAMENTO

05.802.494/0001-41

FRANCA, LUCAS FERREIRA

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

16 MAR 2017

28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (V) DO REGISTRO E CANCELAMENTO

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

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
FHQ: 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



JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM Nº.75516

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

05.802.443.0001
CNPJ nº 05.802.443/0001-00

16/01/2018

08/01/2018
12:59

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





Prefeitura Municipal do Surubim

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Dr.º Gentli 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 Reis Rodrigues
Médico Plantão de Pronto Atendimento
Hospitalar UPA 24horas

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

Carla Vânia Moreira Hennque

Carla Vânia Moreira Hennque

SAME

Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior

Recebido

RG _____

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - CEP: 55030-000
Fone / Fax: (81) 3634-1196

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



Por Allegria de
 item de Allegria
 com compra de Allegria
 com Allegria -
 com Allegria -

1/10/2022
 1-5/10/2022
 - 5/10/2022

21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00

1/10/2022
 1-5/10/2022
 - 5/10/2022

21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00

1/10/2022
 1-5/10/2022
 - 5/10/2022
 21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00
 21/5/22 15:00

09.802 411/2003 -
 1/10/2022 15:00
 1/10/2022 15:00

1/10/2022

09.802 411/2003 -
 1/10/2022 15:00
 1/10/2022 15:00



SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

-- -- data da alla 12/12/2011

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
 CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
 VÔMITOS
 PARALISIAS (que aparecem após a alta)
 ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
 CONVULSÃO
 OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
 Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

[Voltar ao ambiente de NEUROCIRURGIA](#)

Observação : _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se à 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.

Cod. 016305.802

15433

— *Journal of the American Medical Association*, 1997





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

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

05-801-24-0000

1. 6. 1954

...and the fact that the *in vitro* and *in vivo* results are in good agreement.

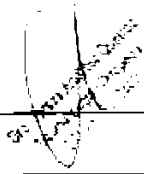


RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS	Prontuário: 1580424
Clínica:	Atendimento: 917109
	Leito: 602-L1

SOLICITO

1. TIPOLOGIA AMERICANA

Data: 08/01/2018	 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
------------------	--

05.802.491.0001-4

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

16 MAR 2018

RECIBO DE RECEITA Nº 0001-4
Emissão: 08/01/2018
Valor: R\$ 0,00

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO JOSE VINICUTS 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- DIFIRONA 500MG----- 1CX
TOMAR 1CP, VO, 6/6H SE DOR

Dr. Antonio Beto da Silva
CRM: 25516

Data: 08/01/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico _____ Data: _____

05.802.404/0001-41

05.802.404/0001-41

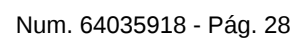
16/03/2018

16/03/2018

16/03/2018

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



[illegible]

05.202.194.2001.8

[illegible]

the 1990s, the number of people in the world who are illiterate has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 2015. The number of illiterate people in the world is projected to reach 1.7 billion by the year 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**

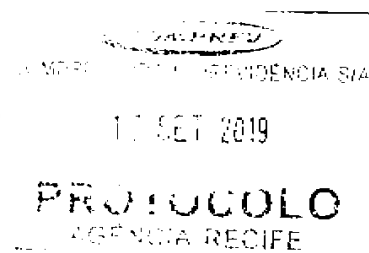
Dígito Verificador: **00**

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 CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE EDUARDO SILVA DE MORAIS

CPF: 6809524 BRP PE

DATA NASCIMENTO: 20/10/1982

FLAÇÃO: JUANODIA PEREIRA DE MORAIS
 MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

VALIDADE: 1300653824

01834011960 08/07/2021 14/06/2001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE EDUARDO SILVA DE MORAIS

CPF: 6809524 BRP PE

DATA NASCIMENTO: 20/10/1982

FLAÇÃO: JUANODIA PEREIRA DE MORAIS
 MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

VALIDADE: 1300653824

01834011960 08/07/2021 14/06/2001

COMISSÃO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
 17 SET 2019
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE





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**

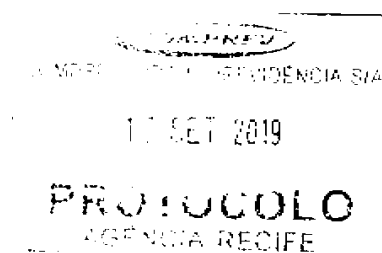
Dígito Verificador: **00**

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 CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE EDUARDO SILVA DE MORAIS

CPF: 6809524 BRP PE

DATA NASCIMENTO: 20/10/1982

FLAÇÃO: JUANODIA PEREIRA DE MORAIS
MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

PERMISSÃO: ACC CN: HAS AD

REGISTRO: 01834011960 VIGÊNCIA: 08/07/2021 EXPIRAÇÃO: 14/06/2001

VALEZEM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL 1300653824

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE EDUARDO SILVA DE MORAIS

CPF: 6809524 BRP PE

DATA NASCIMENTO: 20/10/1982

FLAÇÃO: JUANODIA PEREIRA DE MORAIS
MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

PERMISSÃO: ACC CN: HAS AD

REGISTRO: 01834011960 VIGÊNCIA: 08/07/2021 EXPIRAÇÃO: 14/06/2001

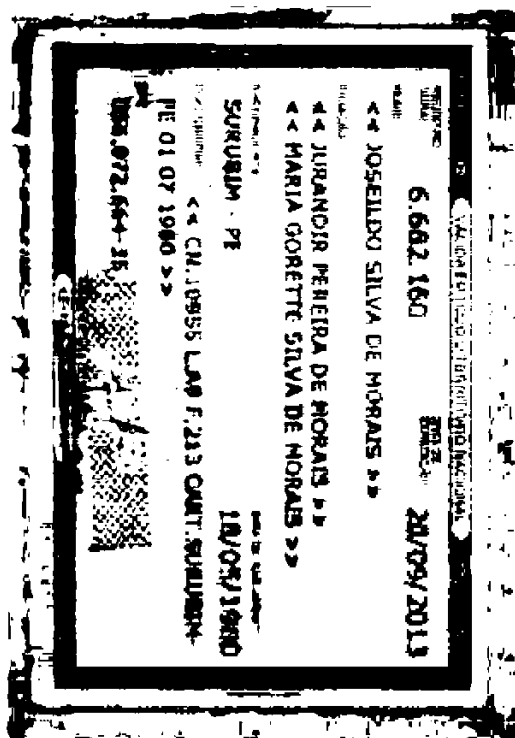
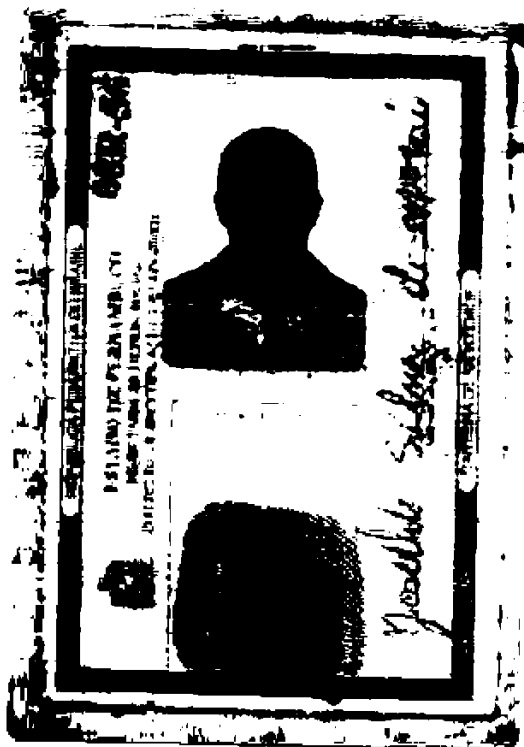
VALEZEM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL 1300653824

COMISSÃO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
PROVIDÊNCIA S/A
17 SET 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CARTÃO DE REGISTRO DE VEÍCULOS	
METRAN - DE		Nº 013-88888-0073	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		AUT. DE REGISTRO	
1	000023120	00000000000000000000	2017
JOSEILDO SILVA DE MORAES			
SURUBIA DE			
086.092.884-24		PIACA 2EM8011	
00000000000000000000		CHASSI 802XCAL570CH618027	
FAB / MOTOCICLETA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL	
KONDA/CG 150 FAN BSI		ANO DE REGISTRO 2012	
2P / 148CL		CATEGORIA PARTIC	
1		IPVA 2017 QUITADO	
V		MANTENIMENTO : QOTAS	
A		1	
DESEURO PAGO		DESEURO PAGO	
DESEU RESERVA		DESEU RESERVA	
SURUBIA DE		12/07/17	

[illegible]



05.802 004/0001-0

1.000.000

000.000.000



Ao Sr. Analista

Sinistro: 3180/123433

PEDIDO DE REANÁLISE

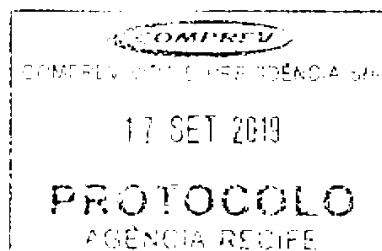
Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3180/123433 tendo em vista está apresentando LAUDO onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso 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

1



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

Em presença do instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado abaixo, os poderes
Muito respeitosos

Outorgante Ferreirinha Antônio Silva de Moraes

Portador do documento de identidade nº 6609524 SSP expedido por SSP PE

14.06.2001 inscrita 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

Outorgado Ferreirinha Pereira de Moraes

Portador do documento de identidade nº 11256 expedido por MI PE

01.03.2018 inscrita 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, a documentação e em especial nos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT e especialmente para preencher e assinar o FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Surubim 18.06.2018

Outorgante Ferreirinha Antônio Silva de Moraes

Antevidência

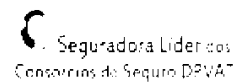
ISS 002 001 001-4

11.06.2018

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01913/01914 - carta_02 - INVALIDEZ

00050957



Carta nº 14800200





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

Rio de Janeiro, 03 de 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

Pag. 00257/00258 - carta_04 - INVALIDEZ

00060129



Carta nº 14845226





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

Rio de Janeiro, 18 de 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.

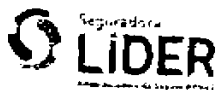
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14906722





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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").

Nome do Sinistoso ou AIL

CPF do Sinistoso

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo do beneficiário		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)
Data		Assinatura	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

☒ RECEBIMENTO MENSAL	☐ 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	☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00	
☐ CONTA POUANÇA (disponível para os bancos abaixo. Assinale uma opção): PRIMEIRO (1234) BANCO DO BRASIL (567) ITAÚ (789) PARA POUANÇA A FIDUCIÁRIA (104)		☐ CONTA CORRENTE (todas as opções): BANCO (nome) (nome) (nome)	
AGÊNCIA (nome) (nome) (nome)	CONTA (nome) (nome) (nome)	AGÊNCIA (nome) (nome) (nome)	CONTA (nome) (nome) (nome)
Informar se existe (se existir)		Informar se existe (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.

Assinatura do Beneficiário de 2018

Local e Data

Assinatura do Representante Legal

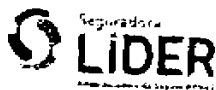
Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPV-01/0001/2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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").

Nome do Sinistado ou AIL

CPF do Sinistado

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo do titular		CPF titular da conta	Profissão
Endereço		Número	Complemento
Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)
Data		Assinatura	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

☒ RECEBIMENTO MENSAL	☐ 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	☐ ACIMA DE R\$ 7.000,00	
☐ CONTA POUANÇA (disponível para os bancos abaixo. Assinale uma opção): PRIMEIRO (1101) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (1411) PARA POUANÇA A FIDUCIÁRIA (1104)		☐ CONTA CORRENTE (todas as opções): BANCO	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Informar digito se existir	Informar digito se existir	Informar digito se existir	Informar digito 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.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior de 2018
Local e Data

OS R\$ 0,00 (zero reais e 00 centavos) em nome de

Em nome de

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPV-031-0001-2018



Para acessar o IML, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0741204 (hor. 8h-18h) e envie uma mensagem para o atendimento via e-mail.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

O declarante é responsável pelo preenchimento de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL, caso não possua dados cadastrais. 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 Legal assina a declaração do 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 ou tutor, ou familiar, e deve ser assinada pelo próprio titular no campo 1 - Assinatura da Vítima, e também pelo Representante Legal no campo 2 - Assinatura do Representante Legal.

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

Assinatura da Vítima: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Data: 07/07/2020 Hora: 15:10

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Assinatura do Representante Legal: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Data: 07/07/2020 Hora: 15:10

Declara-se, sob pena de falsidade, que esta declaração é verdadeira e não foi elaborada por um Instituto Médico Legal (IML) ou por um profissional habilitado para a emissão de laudos.

Assinalar uma das opções abaixo

☒ Não houve lesão corporal, não houve lesão psicológica e não houve lesão moral.

☐ Houve lesão corporal, não houve lesão psicológica e não houve lesão moral.

☐ Houve lesão corporal, não houve lesão psicológica e houve lesão moral.

☐ Houve lesão corporal, não houve lesão psicológica e não houve lesão moral, porém houve lesão moral decorrente da morte da vítima.

☐ Houve lesão corporal, não houve lesão psicológica e não houve lesão moral, porém houve lesão moral decorrente da morte da vítima.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Data: 07/07/2020

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Data: 07/07/2020

Assinatura do Representante Legal





INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É obrigatório Representante Legal para:

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 "Assinatura do Beneficiário" e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

1. Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência, junto a Seguradora Ador - FIPV, residir em endereço acima. Segue em anexo cópia da comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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 efetivada a dedução reconhecida e/ou plena, quitação do valor indenizado.

Assinatura do Representante Legal: Edineide Silva de Toledo _____
Cargo: Assistente de Gerenciamento _____
Cargo: Assistente de Gerenciamento _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.959.514-01 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: 044.959.514-01
7 - Profissão: Robleiro de 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 - Tel. (DDD): (81) 9.9258-3087

16 - Nome do Representante Legal (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4067 CONTA: 01-000794

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

Eu, abaixo assinado, por não estar impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☒ não compareci à região do acidente ou da minha residência; ou
☐ compareci à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ compareci à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio desta, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vên timer)? ☐ 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 - Assinatura da vítima: 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

40 - Local e Data: Surubim 30/09/19. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Promotor (se houver)

PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE

17 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



A VITIMA RELATA QUE ESTAVA PROTEGENDO A MOTOCICLISTA JA DESCRITA NESTE B.O. QUANDO COLIDIU COM UM VEICULO MODELO CORSA SEDAN COM PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VITIMA O MOTONISTA DO VEICULO SAIU SENTINDO A OUTRA FAIXA, E NAO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VITIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOLGANDADO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATA DO DIA 15/01/2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THIYAGO BELO PEDROSA.

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

JOYE EDINALDO SILVA DE MORAES
[VITIMA]

ASSINADO POR JOSÉ LEOHARDO GONÇALVES DE SOUSA - ASSINADO 020241-7

DOCUMENTO
ORIGINAL

ASSINADO POR JOSÉ LEOHARDO GONÇALVES DE SOUSA - ASSINADO 020241-7

16 MAR 2020

ASSINADO POR JOSÉ LEOHARDO GONÇALVES DE SOUSA - ASSINADO 020241-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116/CIRP
DINTER106*DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0206000136**

Gerado eletronicamente nesta Unidade em 17/01/2019 às 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) - 116
10015059-00-03 2017 01 01:30

LOCAL DO FATO: RUA AVENIDA MARIA DA ARRUDA GUERRE, Nº 248
SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL - - MUNICÍPIO DE SURUBIM, I. BAIRRO
COQUEIRO - BARRIO: CENTRO - SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL
- - - - - VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 00000000000000000000000000000000

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: MOTOCICLETA HONDA DO 150 - - - - - ANO 2017
- - - - - PLACA: 9020011

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAES (presente ao plantão) - - - - - Masculino - - - - - MARIA
DORETE SILVA DE MORAES - - - - - JURANDIM PEREIRA DE MORAES - - - - - 20.10.1982
- - - - - SURUBIM - PERNAMBUCO - BRASIL - - - - - 4809524-657-PE (RG) 04490051401
(CPF) - - - - - SOLTEIRO(A) - - - - - 1º GRAU INCOMPLETO - - - - - MOTORISTA
- - - - - 557025708

Endereço: RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 0 - BAIRRO: SÃO SEBASTIAO
SURUBIM PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (RAO presente ao plantão) - - - - - Desconhecido - - - - - 116
11270000 - PERNAMBUCO BRASIL - - - - - DESCONHECIDO

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s):

VEICULO (VEICULO) - - - - - JOSE EDINALDO SILVA DE MORAES - - - - -
- - - - - JOSE EDINALDO SILVA DE MORAES
- - - - - MOTOCICLETA HONDA DO 150 - - - - - 2017
- - - - - PLACA: 9020011 - - - - - ANO 2017
- - - - - 9020011 - - - - - 9020011 - - - - - 9020011
- - - - - MOTO HONDA 150 ANO 2017 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAES

Complemento / Observação:

DOCUMENTO
ORIGINAL



A VITIMA RELATA QUE ENTRAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE RU, QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CO-TRA MÃO DA VIA. SEGUNDO A VITIMA O MOTONISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO. A VITIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ARDADO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATA DO DIA 15/01/2016, CARIMBADA E ASSINADA POR THIAGO BELO PEDROSA.

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

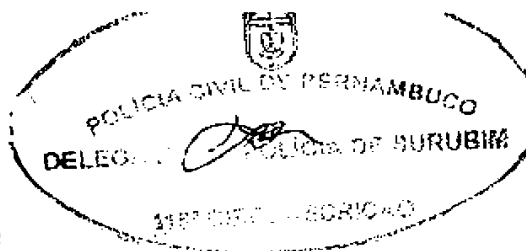
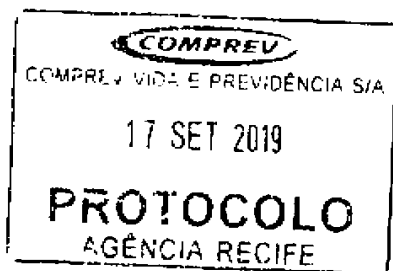
JOSE EDUARDO SILVA DE MORAES
(VITIMA)

Assinatura do(s) agente(s) da unidade policial: JOSE LEONARDO GONCALVES DE SOUSA Nº 320341-7



DOCUMENTO
ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 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 VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERNA, UFA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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/SP/PE (RG), 04430951401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones: **897025708**

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: **9C2KC1071CR010027**
Descrição: **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

Complemento / Observação

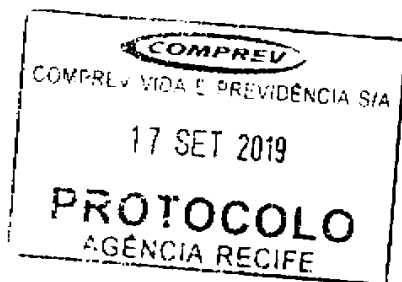
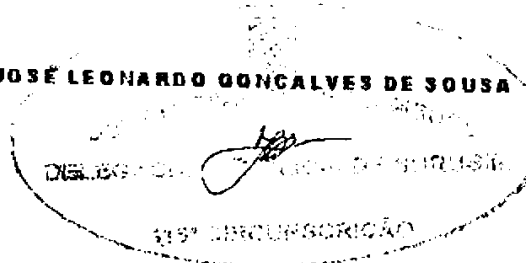


COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDANDO PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO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

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

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES
(VÍTIMA)

R.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA, Matrícula: 328341-7



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou acesse para o SAC OPVAT 1500-8221204 ou 0800-8221204 (ativo para pessoas com deficiência auditiva e deficiente).

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* 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 interdita 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: JOAO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF da Vítima: 04939514-0 Data do Acidente: 07/07/20

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: JOAO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CPF do Representante legal: 04939514-0
E-mail: joao@cordeirodeello.com.br Telefone (DDD): 04939-5100

Declaro, sob as penas da lei, que existiu impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro OPVAT (Lei nº 19.107/04) 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 perícia para fins de prova do Seguro OPVAT, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia, com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame da miopatia de indenização do Seguro OPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por acidente automobilístico de via terrestre, souzo que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação, bem como a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora LIDER OPVAT para a correta avaliação da existência e extensão 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 desta perícia não significa a prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar o caso discordando do seu conteúdo.

JOAO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Data: 07/07/2020
Assinatura da Vítima

JOAO CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Data: 07/07/2020
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

04939514-0/00012001



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.959.514-01 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: 044.959.514-01
7 - Profissão: Robleiro de 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 - Tel. (DDD): (81) 3.9258-3087

16 - Nome do Representante Legal (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR
17 - Nome do Representante Legal:

18 - Profissão do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4067 CONTA: 01-000794

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

Eu, abaixo assinado, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não compareci à região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ Compareci à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ Compareci à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio da assinatura, 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vên timer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - Local e Data: Surubim 30/09/19

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

