

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Renato César M. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 039.232.004 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Henrique Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Henrique Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.772.754 / 45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Bernardo Vieira de Melo</u>		<u>1551</u>	<u>Nº 01 - Térreo</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Piedade</u>	<u>Jaraguá dos Guararapes</u>	<u>PE</u>	<u>54410-010</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>renatomalheiros@outlook.com</u>	<u>-</u>		<u>(81) 99543-4554</u>

Recife, 03 de março de 2020
Local e Data

Renato César M. Cavalcanti
Assinatura do Declarante



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-82 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA

CPR 063 255 404-50

CLASSIFICAÇÃO

181 THE NATIONAL
AND THE NATIONAL
MANUFACTURE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ALIA SIA MARIA GORETE 451 FSP GS
GORETE

STA GORETE BARREIROS
BARREIROS PE
55560-000

WISA TOTAL FISCAL	SINCR	EMPREGADO
081018850	UPACA	081017820
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
131117030	2001811888	271782

CONTATO/CONTATOS	MEDIANO
7010787771	01/2020
DATA DE ENCERRAMENTO	DATA DE INÍCIO MEDIANO (CONTATO)
20/01/2020	03/02/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	21,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade TLOD	30,00000000	0,31424880	
Consumo Atividade TE	30,00000000	0,26429809	
Atividade Bandeira AMARELA			
ICMS Subvenção-CDE-NF 076593102-04/10/19			
Multa por atraso-NF 087264348-08/12/19			
Juros por atraso-NF 087264348-08/12/19			
Atualização CPN-NF 087264348-08/12/19			
PRO-CRANÇ.A-08013412-8880 0800 531 8888			

TOTAL DA FATURA

DE A STRATTON A DESTA WOODS

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Unidade	Valor	Unidade	Nº DE ENCH	CONSUMO	ANEXO	REMARKS
00000000	CAI	m³	0.0000	m³	0.0000	0.0000		

REFERENCES AND NOTES

Year	Age	Percentage
1999-2000	30	0.00
2001-02	30	0.00
2003-04	30	0.00
2005-06	30	0.00
2007-08	30	0.00
2009-10	30	0.00
2011-12	30	0.00
2013-14	30	0.00
2015-16	30	0.00
2017-18	30	0.00
2019-20	30	0.00
2021-22	30	0.00
2023-24	30	0.00
2025-26	30	0.00
2027-28	30	0.00
2029-30	30	0.00
2031-32	30	0.00
2033-34	30	0.00
2035-36	30	0.00
2037-38	30	0.00
2039-40	30	0.00
2041-42	30	0.00
2043-44	30	0.00
2045-46	30	0.00
2047-48	30	0.00
2049-50	30	0.00
2051-52	30	0.00
2053-54	30	0.00
2055-56	30	0.00
2057-58	30	0.00
2059-60	30	0.00
2061-62	30	0.00
2063-64	30	0.00
2065-66	30	0.00
2067-68	30	0.00
2069-70	30	0.00
2071-72	30	0.00
2073-74	30	0.00
2075-76	30	0.00
2077-78	30	0.00
2079-80	30	0.00
2081-82	30	0.00
2083-84	30	0.00
2085-86	30	0.00
2087-88	30	0.00
2089-90	30	0.00
2091-92	30	0.00
2093-94	30	0.00
2095-96	30	0.00
2097-98	30	0.00
2099-00	30	0.00
2101-02	30	0.00
2103-04	30	0.00
2105-06	30	0.00
2107-08	30	0.00
2109-10	30	0.00
2111-12	30	0.00
2113-14	30	0.00
2115-16	30	0.00
2117-18	30	0.00
2119-20	30	0.00
2121-22	30	0.00
2123-24	30	0.00
2125-26	30	0.00
2127-28	30	0.00
2129-30	30	0.00
2131-32	30	0.00
2133-34	30	0.00
2135-36	30	0.00
2137-38	30	0.00
2139-40	30	0.00
2141-42	30	0.00
2143-44	30	0.00
2145-46	30	0.00
2147-48	30	0.00
2149-50	30	0.00
2151-52	30	0.00
2153-54	30	0.00
2155-56	30	0.00
2157-58	30	0.00
2159-60	30	0.00
2161-62	30	0.00
2163-64	30	0.00
2165-66	30	0.00
2167-68	30	0.00
2169-70	30	0.00
2171-72	30	0.00
2173-74	30	0.00
2175-76	30	0.00
2177-78	30	0.00
2179-80	30	0.00
2181-82	30	0.00
2183-84	30	0.00
2185-86	30	0.00
2187-88	30	0.00
2189-90	30	0.00
2191-92	30	0.00
2193-94	30	0.00
2195-96	30	0.00
2197-98	30	0.00
2199-00	30	0.00
2201-02	30	0.00
2203-04	30	0.00
2205-06	30	0.00
2207-08	30	0.00
2209-10	30	0.00
2211-12	30	0.00

1. 2000年12月1日

	BASE DE SALICIDAD	%	VALOR DO IMPUESTO
ICBP			
IR	17.76	0.80	1.42
COFINS	17.76	4.10	7.32

Table 1. Characteristics of the study population (n = 1000)

TABLE 4. Application of the model.

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.
J. Comput. Graph. 28: 111–122 (2004)

© 2006 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 260: 351–360

2000

AD94 J708 (C30) E685 C61A 4037 5490C 806

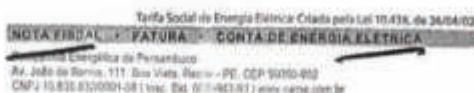
INFORMAÇÕES IMPORTANTES[illegible][illegible]

Journal of Management Education 33(1)

CONGROSS BARRILOS	VALOR ESTIMADO (P. 10)	LIMITE MENSUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
	5.00	6.25	17.50	

NOTES ON THE CONTRIBUTORS

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
--------------------	------------------------



AV BERNARDO VIEIRA DE MELO 1551
AP-01

FIEDADE/PRAZERES:
JABOTÃO DOS GUARARAPES PE
54410-010

B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES

SPRINTAFISCAL	SENA	400000
070001347	ONCA	2300 A.10
APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO	APRESENTAÇÃO
230000018	2015030230	104/2010

DATA CONTRATO	PERÍODO
7025325828	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO
30/09/2019	24/10/2019
TOTAL A PAGAR R\$	215,30

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvo(kWh)	711,000000	0,77952320	554,47
Aréa:cm² Bandeira-VERMELHA			11,87
Contrib. Rum. Pública Municipal			37,81
ICMS Sub-venção COE-Nº 07092826-24/0719			1,25

215.90

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
38168219	(A)	23-06-2019	9 261,20	23-09-2019	9 174,20	30	1.00000		211,20

[illegible][illegible][illegible]

CONTA CONTRATO	EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7026325638	09/2019	30/09/2019	215,30
83820000002-9 15300011007-5 02532562610-9 14270268423-8			





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0163000129**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/03/2020** às **15:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **1/2/2020** às **03:40**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, ENGENHO PALMA - NESTE MUNICIPIO**

- Bairro: **CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES (AUTOR \ AGENTE)

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA (NOTICIANTE)

PAULO HENRIQUE PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES

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

PAULO HENRIQUE PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA Pai: **PAULO JOSE ALMEIDA FILHO** Data de Nascimento: **24/3/1997** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9970435/SDS/PE (RG), 07777275445 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones Celulares: **- 987766376**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA MARIA GORETE Nº 451 - GRANJA SANTA GORETE - BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ISABEL RODRIGUES ALVES Pai: **JOSE ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **26/8/1996** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10128946/SDS/PE (RG), 13007306418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 987766376**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, ENGENHO ILHETRINHA - ZONA RURAL DE BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IRACEMA ROQUE PEREIRA DA SILVA Pai: **JOSE GERALDO PEREIRA** Data de Nascimento: **15/11/1980** Naturalidade: **BARREIROS /**

11/03/2020 15:15

PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6833944/SDS/PE (RG), 06325540450 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares:
- 987766376

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BARREIROS, 01, RUA SANTA GORETE - Nº 451 - GRANJA SANTA GORETE -
BARREIROS -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NÃO INFORMADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

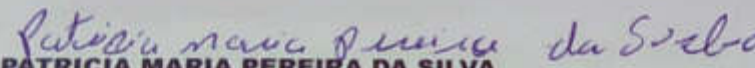
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

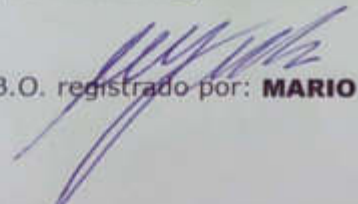
Placa: **PEU9007** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **461469030** Chassi: **9C2KC1650CR537860**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A SRA, PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA, QUE SEU FILHO PAULO HENRIQUE PEREIRA, QUANDO ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE PLACA PEU- 9007, DE PROPRIEDADE E CONDUZIDA POR GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES ALVES, NA PE-60, EM TERRAS DO ENGENHO PALMA, NESTE MUNICIPIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO CAUSANDO LESOES NA CABEÇA, DO SR PAULO HENRIQUE PEREIRA, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OLIMPIO MACHADO, ONDE RECEBEU O PRIMEIRO SOCORRO NESTE MUNICIPIO, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE, FICANDO INTERNADO PARA TRATAMENTO MEDICO.

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


PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA
(NOTICIANTE)


B.O. registrado por: **MARIO JULIO DO REGO FILHO** - Matrícula: **1345758**

11/03/2020 15:15

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do acólito ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

077.772.754-45

Paulo Henrique Pereira

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

Nome completo

Paulo Henrique Pereira

CPF

077.772.754-45

Profissão

Desempregado

Emprego

Rua Sta Maria Grande

Número

451

Complemento

Bairro

PS de Gorte

Cidade

Barreiros

Estado

PE

CEP

95560-000

E-mail

maternalheira@outlook.com

Tel. (DDD)

(81) 99543-4554

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2124

CONTA:

61227

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo acima, 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 não submeter a avaliação médica às salas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões provocadas decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.947/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação realizada no âmbito do direito de contestação, caso ocorrendo do seu contrato.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estatu civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascer(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a seguradora LIDER pagará, caso decida, 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.

Local e Data, Recife, 03/03/2020

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Paulo Henrique Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do seguro ou AG: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
077.772.754-45 Paulo Henrique Pereira
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Paulo Henrique Pereira CPF: 077.772.754-45
Profissão: Desempregado Endereço: Rua São Maria Gorete Número: 451 Complemento: -
Bairro: PS de Gorete Cidade: Barreiros Estado: PE CEP: 55560-000
E-mail: rinatomaalheiras@outlook.com Tel (DDD): (81) 99543-4554

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

RENDIA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2124 CONTA: 61227 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 1.961/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Recife, 03/03/2020
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Paulo Henrique Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15738388



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

Número do Sinistro: 3200144861

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

CPF: 077.772.754-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

Procuração

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

CPF: 077.772.754-45

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.
Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Às
Seguradoras Consorciadas

Assunto: Projeto Movimentação Remota – Identificação de Sinistros pendenciados com possibilidade de prosseguimento por meio de ações que independem de contato presencial

Prezados Senhores,

1. Como é de conhecimento de todos, em 7/2/2020, foi publicada a Lei 13.979, de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e indica as condições para aplicação de isolamento e quarentena, conforme o caso.
2. Em 20/3/2020, foi publicada a Medida Provisória nº 926, de 2020, que alterou a referida lei para, dentre outros temas, permitir às autoridades, no âmbito de suas competências, a adotar medidas de restrições à circulação de pessoas, resguardando o exercício e funcionamento de serviços públicos e atividades essenciais. Ainda nessa data, o Decreto Legislativo nº 6, de 2020, estabeleceu estado de calamidade pública em razão da emergência de saúde pública de importância internacional relacionada ao coronavírus (Covid-19).
3. Diante desse cenário de restrição à circulação de pessoas e de concentração de esforços para o atendimento às pessoas com suspeita ou comprovada contaminação pelo Covid-19, entendemos que os beneficiários do Seguro DPVAT poderiam ter nos recursos providos por esse seguro um apoio nesse momento de grande dificuldade para toda a sociedade. Por outro lado, poderiam esses mesmos beneficiários encontrar dificuldades na obtenção de documentos que foram objeto de pendenciamento em sinistros já avisados e cujos prazos estavam interrompidos.
4. Da análise das bases de dados e documentos relativos à regulação de sinistros, identificou-se que alguns documentos, ou informações pendentes, poderiam ser fornecidas pelos interessados sem a necessidade de deslocamento a quaisquer órgãos, ou obtidas pela Seguradora Líder com o uso de tecnologia.
5. Nesse contexto e visando dar prosseguimento a regulação desses sinistros, a Seguradora Líder desenvolveu o Projeto Movimentação Remota ("Projeto") que é composto por uma série de análises e ações diferenciadas em relação àquelas atualmente adotadas na operação do Seguro DPVAT, e que serão utilizadas somente enquanto perdurar o cenário de quarentena e a limitação de circulação de pessoas em razão da pandemia da COVID-19.
6. Cabe destacar que, como as ações da seguradora não devem estimular o deslocamento e o contato presencial de pessoas, foram selecionados apenas sinistros que possam ser movimentados por meio de ações remotas.
7. Sendo assim, serve o presente Comunicado para convidá-los a participar desse Projeto pioneiro e desafiador que dependerá de um esforço conjunto e da parceria entre a Seguradora Líder e

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 26º andar – Edifício City Tower – Centro
20011-904 – Rio de Janeiro – RJ



Circular DOPTI 002/2020.

Rio de Janeiro, 13 de abril de 2020

Seguradoras Consorciadas para atuação nos sinistros administrativos pendenciados na etapa de regulação, com a finalidade de se buscar a finalização dos processos e, quando pertinente, o pagamento das respectivas indenizações, mediante o exame do conjunto probatório de todo o processo de sinistro e a verificação do direito do Beneficiário.

8. A participação no Projeto é simples e inicia-se com o envio à Consorciada de grupos de sinistros que serão organizados com base no tipo de documento que será tratado pela Seguradora Líder. Em seguida, caberá à Consorciada realizar a movimentação do processo para “Concluir Regulação”. Caso, eventualmente haja alguma outra providência operacional a ser tomada no SISDPVAT, será enviado e-mail com os sinistros e os respectivos esclarecimentos acerca das medidas necessárias para movimentação.
9. Esclarecemos, por fim, que a seleção dos processos de regulação inseridos no Projeto, considerando as premissas expostas, já foi realizada pela Seguradora Líder. Logo, não será permitida a indicação de outros casos pelas Consorciadas, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto em relação aos sinistros:
 - (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
 - (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.
10. Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação dos sinistros avisados durante o período determinado deste projeto.
11. Em breve, iniciaremos o envio dos grupos de sinistros a cada Consorciada com instruções complementares.
12. Contamos com o empenho e agilidade das equipes envolvidas no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.
13. As dúvidas deverão ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br e no assunto, deve constar: **Projeto Movimentação Remota**.

À disposição para outros esclarecimentos que se façam necessários, contamos com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

Diretoria de Operações e Tecnologia da Informação - DOPTI
Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: PAULO HENRIQUE PEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 9.970.435 SDS/PE

CPF: 078.772.954-45

Profissão: DESEMPREGADO

Endereço: RUA STA MARIA GORETE Nº 451 PSF DE GORETE, BARREIRO-PE

CEP: 55600-000

Telefone: (81) 99543-4554

OUTORGADO:

Nome: RENATO CESAR MACHIEIROS CAVALCANTE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 6162609 SSP/PE

CPF: 039.232.004-55

Profissão: ADVOGADO

Endereço: AV. BERNARDO VIEIRA DE MELO EST. SULO LERREO, PIEDADE-PE

CEP: 54470-070

Telefone: (81) 995213-4554

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

BARREIRO-PE

2020

Local e data

Paulo Henrique Pereira

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200144861 **Cidade:** Sirinhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE GLASGOW 10 P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @3 4 5 6 9

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO A NÍVEL AMBULATORIAL;

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0112864/20

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA

CPF: 077.772.754-45

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI : 039.232.004-55

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

PAULO HENRIQUE PEREIRA : 077.772.754-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/04/2020
Nome: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
CPF: 039.232.004-55

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO EMERGENCIA

DATA: 01/02/2020 CARTÃO SUS: _____
HORA DE ENTRADA: 04:19 HORA DE SAÍDA: _____ REGISTRO: 442 794

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Paulo Henrique Pereira
ENDEREÇO: Rua de Góes
DATA DE NASCIMENTO: 24/03/1997 CIDADE: Bananeiras U.F.: PE
FILIAÇÃO: PAI: _____ IDADE: 22 anos SEXO: ☒ M ☐ F
MÃE: Patrícia Maria Pereira de Sá
RESPONSÁVEL: _____

TRIAGEM / QUEIXA PRINCIPAL

to HR (NER) S. R. 5873260
PA: 100x60 PESO: _____ FC: _____
T: _____ HGT: _____ FR: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Queda de Motocicleta com
otomorfia (S), ECG 10, Setor 99/12
ECG 100x60, Sem ventos
EXAMES SOLICITADOS: Sua clínica de trauma
H.D: TCE grave

CONSULTA / PRESCRIÇÃO MÉDICA

Mantol 200ml (S)
SRL 1000 (S)
MÉDICO(A): _____

Cristopher Cavalcanti
Coordenador Médico
Hospital Sirinhaém
Mat. 26008 FCRM-PE 19678

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO () ÓBITO () ALTA () HORARIO: _____
TRANSFERIDO PARA: _____

ASS. MÉDICO(A)

ASS. ENFERMEIRO (A)

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA: ____/____/____ PARENTESCO: _____ Nº DE IDENTIDADE/CPF: _____

NOME COMPLETO: _____

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1544171

Nome: Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01, 02, 2020

Diagnóstico Provável: Lesão axonal difusa,
TCE.

Paciente não apresenta lesão
neurocirúrgica

Evolveu sem intercorrências
durante o internamento hospi-
talar.

Tratamento Realizado: Suporte Clínico.

Paciente com seqüela de lesão
axonal difusa, com tempo de
recuperação indeterminado (pode
chegar a 6 meses). Sem indí-

Observação: casos de tratamento específicos,
deverá ter processo de recupera-
ção em domicílio com supor-

Cópia de: te clínico do PSF e/ou
Unidade Mista da cidade de
Origem. 06/02/2020

Médico - CRM Nº

Adilson Sousa Jr.
Neurologista
CRM 15537

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.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

CTU PD

Paulo Henrique Pereira

CID: 506.9
506.2

Tomografia de
Crânio = lesão axonal
difusa

Consequência: paciente
apresenta letargia
com retardo psico-
motor. Prazo de recupe-
r

Data: ___/___/___

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340

rações e indetermina-
do. Não há trata-
mento específicos

06/02/2020

Adilson Sousa Jr.
Neurocirurgião
CRM 16637





PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: USF STA CORRETE

Nome do Paciente: PAULO AGNIRIO PEREIRA Idade: _____

LAUDO MEDICO

Atesto para devidos fins que
O PACIENTE SUPRACITADO É
ACOMPANHADO PELA USF, APÓS
TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO
GRAVE, TENDO SEQUELAS
COMO AMNÉSIA (CID R41),
ASSIMETRIA CRANIANA (Q67.0),
TONTURA PERSISTENTE (R42),
DISFUNÇÃO PALPEBRAL (H02) e
OUTRAS SEQUELAS (T90).

04,03,2020

DATA

Dr. Jurandir Teles M. Junior
Médico - Mais Médicos
RMS 2601058/PE

CRM/CRO/COREN

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1544171

Nome: Paulo Henrique Pereira

Foi atendido às 6:35 hs. do dia 01, 02, 2020

Diagnóstico Provável: Lesão axonal difusa,
TCE.

Paciente não apresenta lesão
neurocirúrgica

Evoluiu sem intercorrências
durante o internamento hospi-
talar.

Tratamento Realizado: Suporte Clínico.

Paciente com seqüela de lesão
axonal difusa, com tempo de
recuperação indeterminado (podem
chegar a 6 meses). Sem indí-

Observação: cação de tratamento específico,
deverá ter processo de recupera-
ção em domicílio com supor-

Cópia de: fe clínico do PSF e/ou
Unidade Mista da cidade de
Origem.

Médico - CRM Nº

06/02/2020

Adilson Sousa Jr.
Neurocirurgia
CRM 18837

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.

Cód. 0157



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Paulo Henrique

Registro:

Clinica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de
acidente motoris-
tico.

Estar internado
no HR de dia

01/02/20 a 06/02/20

AD: Lesão axonal
difusa

Isabella Lira
CRM 20148

Data

06/2/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Paulo Henrique

Registro:

Clinica:

Pereira

Box/Leito/Enfermaria:

Vítima de
acidente motorista
do.

Está internado
no HR do dia

01/02/20 a 06/02/20

AD: Lesão axonal
difusa

Isabella Lira
Neurocirurgia
CRM: 20148

Data

06/2/20

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

LAU DD

Paulo Henrique Pereira

CID: 506.9
506.2

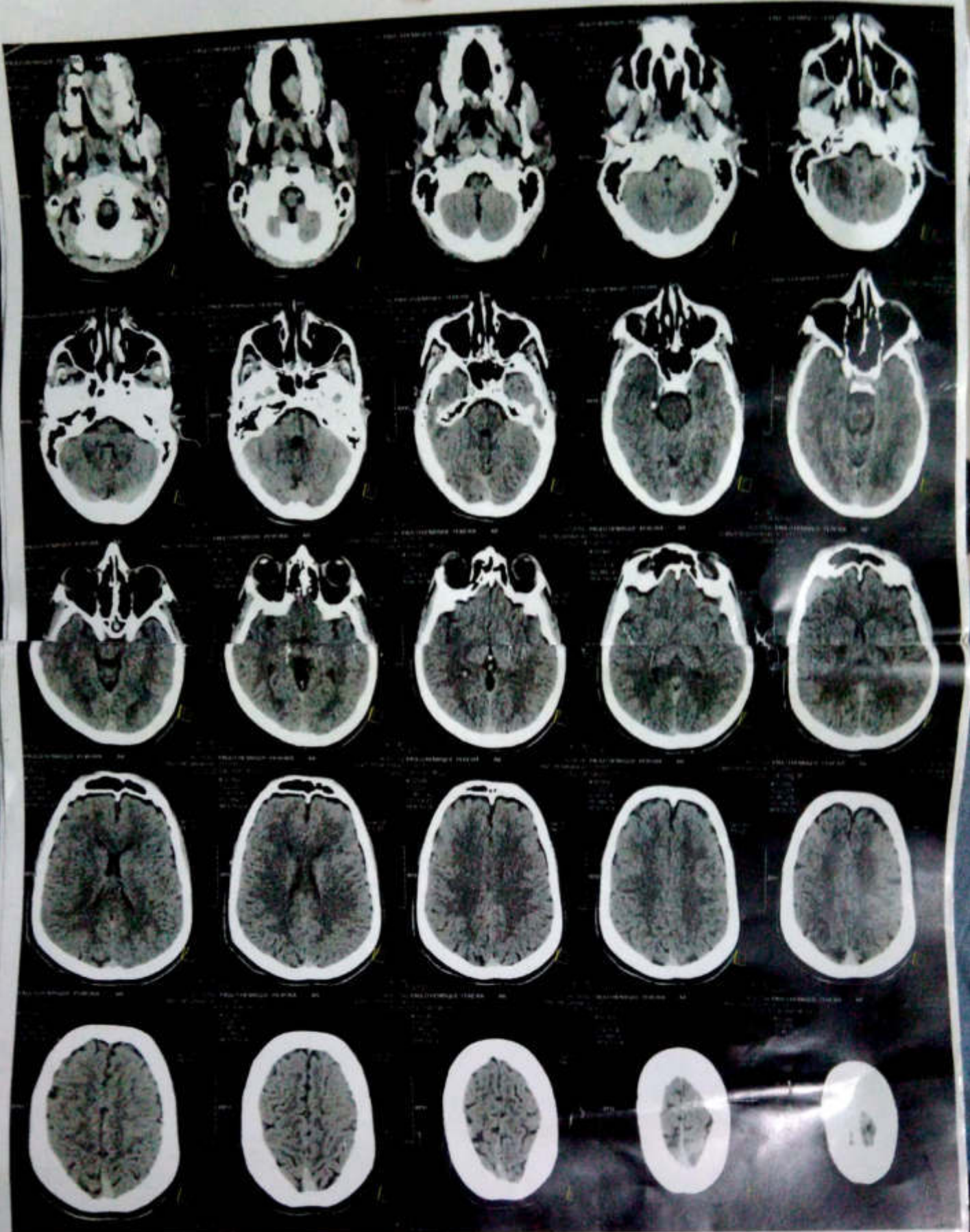
Tomografia de
Crânio = lesão axonal
difusa

Consequencia: paciente
apresenta letargia
com retardo psico-
motor. Prazo de recupe-
r

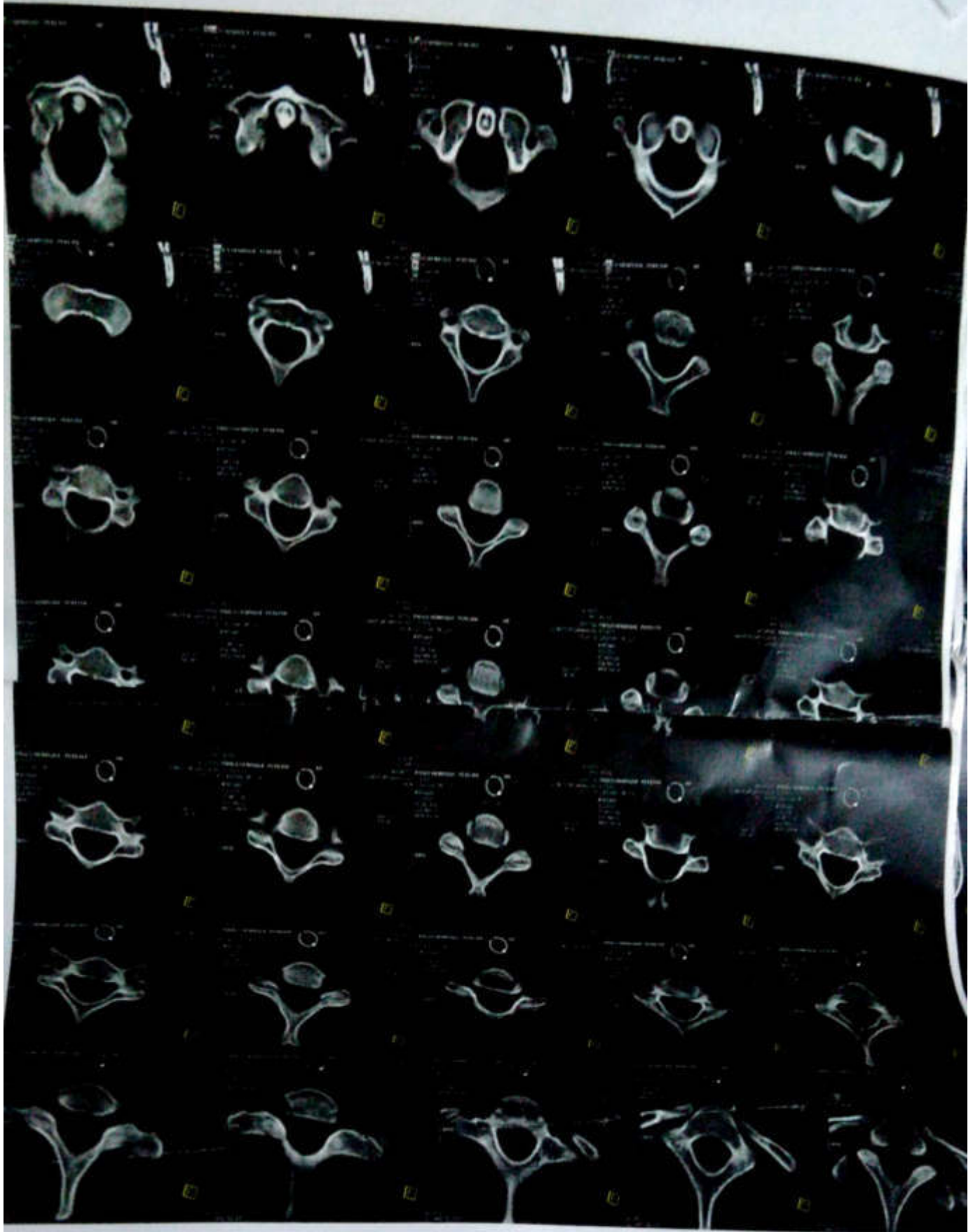
Data: ___/___/___

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

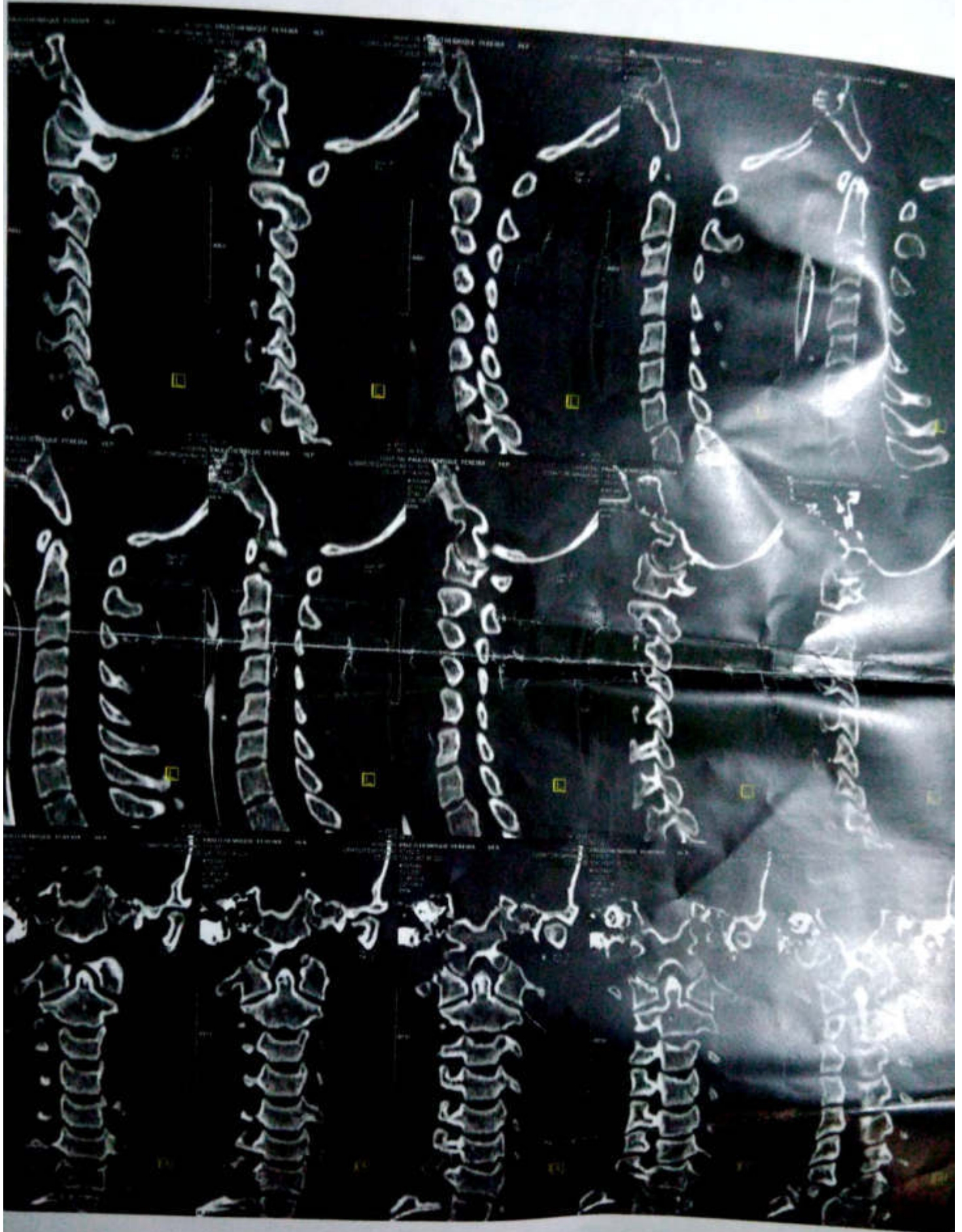
COD. 0340







Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE, CEP: 52010-040, Fone: (081) 3181-5400



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Paulo Henrique Pereira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.970.435

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/06/2014

NOME

<< PAULO HENRIQUE PEREIRA >>

FILIAÇÃO

<< PAULO JOSÉ ALMEIDA FILHO >>

<< PATRICIA MARIA PEREIRA DA SILVA >>

NATURALIDADE

BARREIROS - PE

DATA DE NASCIMENTO

24/03/1997

DOC. ORIGEM

<< 075150 02 55 1998 1 00026 186
0029483 21 BARREIROS-PE >>

CPE

077.772.754-45

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.445 DE 29/08/83

Lei nº 7.445 de 29/08/83

F-60 84.047

- 3022



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

077.772.754-45

Nome

PAULO HENRIQUE PEREIRA

Nascimento

24/03/1997



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

RENATO
ELINASSO JOAQUIM CAVALCANTI
AUREA MALHEIROS CAVALCANTI

RECIFE-PE

0102808 - SSP/PE
004208 DE BRIGADE 1 101000
NÃO

DATA DE NATURALIZAÇÃO
20/11/1981

030 232 004-55
01 13/04/2012

BRUNO DE MOURA
PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10324578

USO OBRIGATORIO
RENTAR E CANCELAR PARA TODOS OS FINS LEGAIS
ART. 11 DA Lei nº 8.369/94

RENATO CESAR M. CAVALCANTI

ASSINATURA DO PORTADOR

CRAB

ORIENTADOR

10324578