



14/08/2020

Número: **0021881-98.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURILIO BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66320 226	14/08/2020 10:33	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199932

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURILIO BARBOSA DA SILVA

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 14059981





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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190199932

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MAURILIO BARBOSA DA SILVA

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 sequelas definitivas, 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. 00089/00090 - carta_04 - INVALIDEZ

00070045



Carta nº 14092777



☐ MORTE

04434400428 MAURILDO BARBOSA DA SILVA

04434400428

102

Compt. ener. l. 1
CASA

75734

ESKIMO - NAVAJO

33460-4910

7-10001:
1819300-1998-

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

Nome do BANCO:

CONTA-

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OFICIAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Florbela, 715 Lapa 5
Graciosa - Rio de Janeiro, RJ - CEP: 22251-900

12 | Manager

1997

20 | Page

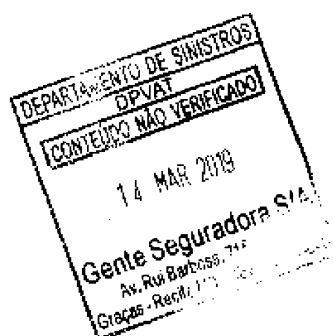
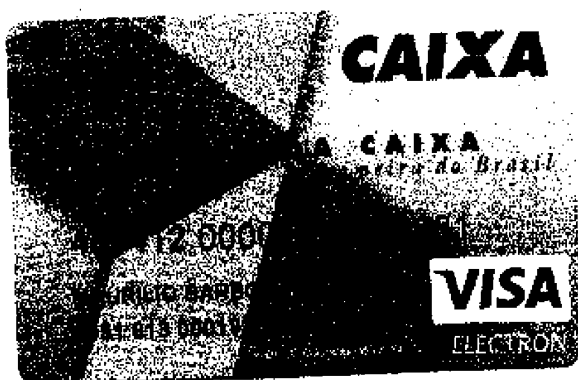
CPF:

Asociación voluntaria: no lucrable

பெரியவை

Ass natura do Procurador (se houver):

Num. 66320226 - Pág. 3





Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



PRF



Acidente nº 18026547B01

INFORMAÇÕES GERAIS

BR: 104

KM: 190,5 - Decrescente

Município: ALCANTIL/PB

Data: 27/04/2018

Hora: 14:00

Policial responsável pelo atendimento: FABIANO LACERDA, matrícula 1515252

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Simples

Condição da pista: Molhada

Estrutura viária: Curva

Localidade urbanizada: X

Acostamento: ✓

Canteiro central: X

Condição meteorológica: Chuva

Fase do dia: Pleno dia

NARRATIVA

No dia 27/04/2018, por volta das 14:00 h, no km 190,5 da BR-104, em Alcantil-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão com objeto estático, seguido de capotamento, com vítimas (1 lesões leves). O veículo envolvido foi: Fiat/Ducato de placas EWK 4844 (V1). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na faixa de trânsito em sentido decrescente, Alcantil/PB - Queimadas/PB, quando o condutor perdeu o controle do veículo que colidiu com barranco existente no bordo do leito carroçável do mesmo sentido pelo qual trafegava, capotando em seguida e imobilizando-se sobre o seu teto. A imobilização do veículo ocorreu no acostamento do sentido decrescente da via após deixar marca de sulcagem 1 (7,4 metros de extensão) na faixa de rolamento do sentido decrescente e marca de sulcagem 2 (5,1 metros de extensão) na faixa de rolamento e acostamento do sentido decrescente. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator determinante do acidente foi a perda do controle do veículo. OBSERVAÇÕES: O condutor do veículo foi socorrido antes da chegada dos PRFs ao local do acidente. O local do acidente estava preservado, apresentando sinalização horizontal e vertical em bom estado de conservação. No momento do acidente, a pista estava molhada e havia ocorrência de chuva. A velocidade regulamentar da via é de 80 km/h no local do acidente. O condutor de V1, por estar em socorro médico de emergência no Hospital de Traumas de Campina Grande-PB, aguardando realização de procedimentos cirúrgicos, não foi submetido ao teste de etilômetro.



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01



PRF

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão com objeto estático	
2	Capotamento	

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIANGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
Eixo traseiro direito	53.5	48.5
Eixo dianteiro direito	56.2	51.2
Início de marca de sulcagem 1	40.7	35.7
Final de marca de sulcagem 1	48.1	43.0
Início de marca de sulcagem 2	43.3	38.3
Final de marca de sulcagem 2	48.4	43.4

GRUPO DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 19 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D





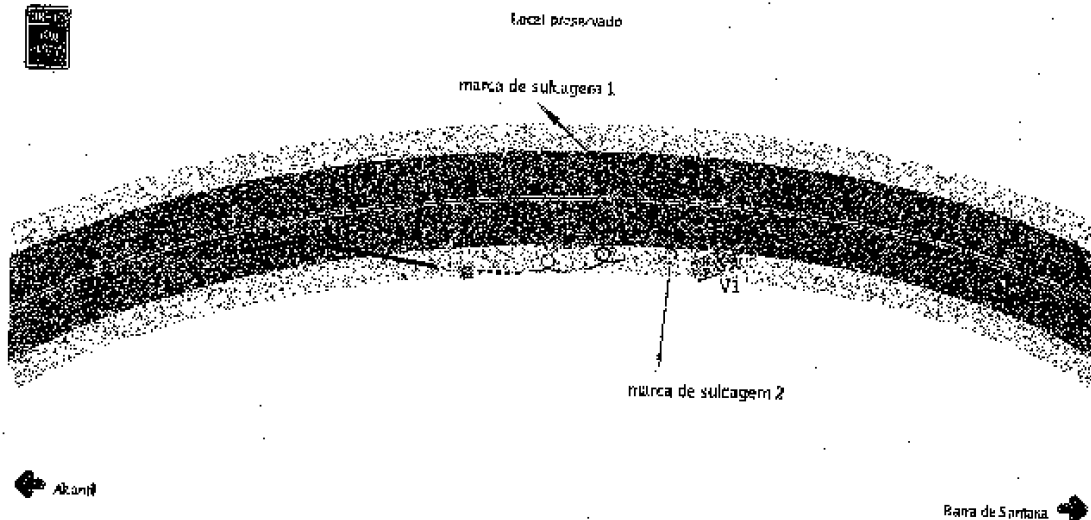
MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01



PRF



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01



PRF

V1



TRACIONADOR

EWK4844

Placa: EWK4844 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: FIAT/DUCATO MAXICARGO/2011

Renavam: 00450726835

Chassi: 93W245G34C2088478

Tipo de Veículo: Caminhonete

Espécie/categoria: Carga/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Informações complementares da carga: Vazio.

PROPRIETÁRIO

Nome: ERICK QUEIROZ FELICIANO

CPF/CNPJ: 025.621.123-00

Endereço: R DR GILBERTO STURDAT, 01717 - AP 1502CU, FORTALEZA/CE

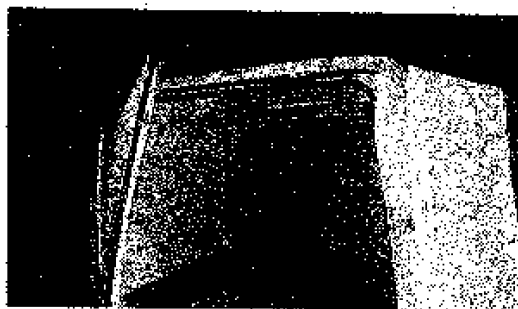
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: Veículo recolhido conforme Documento de Notificação de Recolhimento de Veículo (EDRV) 14021804271730-364.



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, no endereço eletrônico oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/movobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle ES19C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01

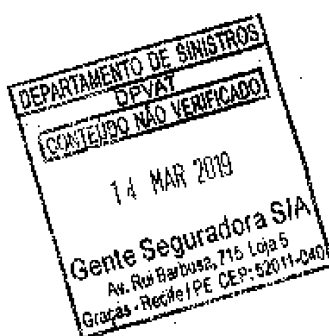
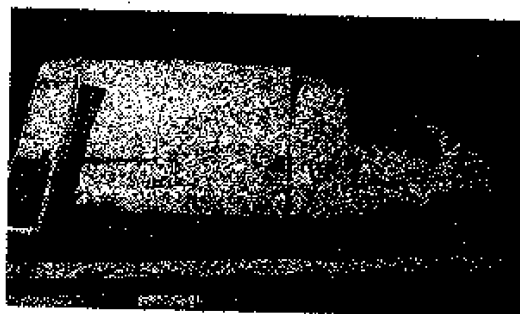
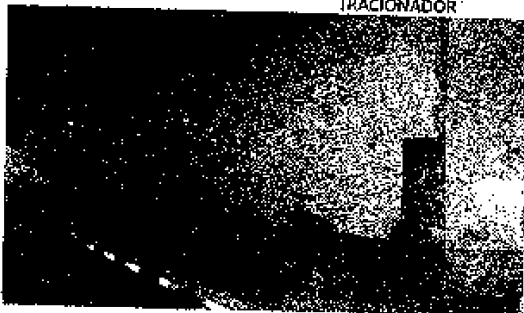


PRF

V1



EWK4844



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD64AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18026547B01



PRF

V1



CONDUTOR

MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Placa do veículo: EWK4844

Marca/modelo: FIAT/DUCATO MAXICARGO

Envolvimento: Condutor

Nome: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 044.344.004-28

Data de nascimento: 08/09/1980

Estado civil: Não Informado

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava cinto de segurança: Sim

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional

Categoria: AD **Data primeira habilitação:** 30/09/2011

Nº de registro: 0531616745 **UF:** PE

Data de vencimento da habilitação: 16/10/2018

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1115

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA SANTA BRIGIDA, 0000000055 - VILA CANAA, ZONA RURAL, CARUARU/PE

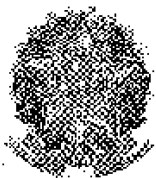
Telefone/email: 81 99540 5678 / 81 99517 4344/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD64AE7BEF7D





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18026547B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / FIAT/DUCATO MAXICARGO

Placa: EWK4844

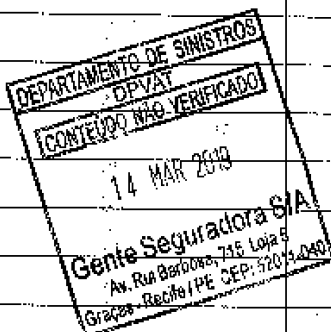
Nome do agente: FABIANO LACERDA

Nº BOAT: 18026547B01

Matrícula do agente: 1515252

Data: 27/04/2018

Item	Descrição do item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	N/A
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda	X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda	X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda	X		
8	Estrutura da coluna central esquerda	X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda	X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita	X		
17	Estrutura da soleira direita	X		
18	Estrutura da coluna central direita	X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita	X		



*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D

Órgão: 07 - 4 - 08

191





MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18026547B01



PRF

Item	Descrição do Item	SIM*	NAO**	NA***
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita	X		
22	Longarina dianteira direita	X		

Total geral (SIM + NA): 11

Dimensão da monta: Grande

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

***Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente.



Documento assinado eletronicamente por FABIANO LACERDA, matrícula 1515252, Policial Rodoviário Federal, em 05/05/2018, às 09:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18026547B01 e o número de controle E519C6D772BE3C84C2CD54AE7BEF7D



☐ MORTE

Nome completo: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

35040-400

To ADD: (81) 9700 1998

☐ AC INIA DE RS 10 020 021☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

CONTA:

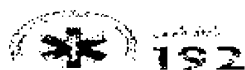
Interpretare a diureticilor se poate face

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OFICIAL
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Florbela, 715 Lapa 6
Graciosa - Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20090-000

25. **Answer: A**

Ass natura do Procurador (se houver):

Num. 66320226 - Pág. 13



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALCANTIL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Declaração

Declaro para devidos fins que o senhor Maurilio Barbosa da Silva, nascido em 08/09/1980, vítima de acidente por capotamento no dia 27/04/2018, foi atendido por esse Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 deste Município, sendo encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.



Alcantil, 20/07/2018

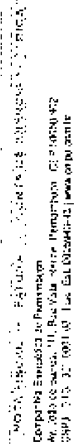
Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Josineide Maria de Macêdo Capibaribe

Coordenadora do SAMU de Alcantil

Josineide Mª de M. Capibaribe
Coordenadora do SAMU
Matrícula: 5407788-3



[illegible]

LINE	DATE	VALUE	UNIT	QTY	UNIT PRICE	TOTAL
1	01/01/01	100.00	UNIT	1	100.00	100.00
2	01/01/01	200.00	UNIT	2	100.00	200.00
3	01/01/01	300.00	UNIT	3	100.00	300.00
4	01/01/01	400.00	UNIT	4	100.00	400.00
5	01/01/01	500.00	UNIT	5	100.00	500.00
6	01/01/01	600.00	UNIT	6	100.00	600.00
7	01/01/01	700.00	UNIT	7	100.00	700.00
8	01/01/01	800.00	UNIT	8	100.00	800.00
9	01/01/01	900.00	UNIT	9	100.00	900.00
10	01/01/01	1000.00	UNIT	10	100.00	1000.00
11	01/01/01	1100.00	UNIT	11	100.00	1100.00
12	01/01/01	1200.00	UNIT	12	100.00	1200.00
13	01/01/01	1300.00	UNIT	13	100.00	1300.00
14	01/01/01	1400.00	UNIT	14	100.00	1400.00
15	01/01/01	1500.00	UNIT	15	100.00	1500.00
16	01/01/01	1600.00	UNIT	16	100.00	1600.00
17	01/01/01	1700.00	UNIT	17	100.00	1700.00
18	01/01/01	1800.00	UNIT	18	100.00	1800.00
19	01/01/01	1900.00	UNIT	19	100.00	1900.00
20	01/01/01	2000.00	UNIT	20	100.00	2000.00
21	01/01/01	2100.00	UNIT	21	100.00	2100.00
22	01/01/01	2200.00	UNIT	22	100.00	2200.00
23	01/01/01	2300.00	UNIT	23	100.00	2300.00
24	01/01/01	2400.00	UNIT	24	100.00	2400.00
25	01/01/01	2500.00	UNIT	25	100.00	2500.00
26	01/01/01	2600.00	UNIT	26	100.00	2600.00
27	01/01/01	2700.00	UNIT	27	100.00	2700.00
28	01/01/01	2800.00	UNIT	28	100.00	2800.00
29	01/01/01	2900.00	UNIT	29	100.00	2900.00
30	01/01/01	3000.00	UNIT	30	100.00	3000.00
31	01/01/01	3100.00	UNIT	31	100.00	3100.00
32	01/01/01	3200.00	UNIT	32	100.00	3200.00
33	01/01/01	3300.00	UNIT	33	100.00	3300.00
34	01/01/01	3400.00	UNIT	34	100.00	3400.00
35	01/01/01	3500.00	UNIT	35	100.00	3500.00
36	01/01/01	3600.00	UNIT	36	100.00	3600.00
37	01/01/01	3700.00	UNIT	37	100.00	3700.00
38	01/01/01	3800.00	UNIT	38	100.00	3800.00
39	01/01/01	3900.00	UNIT	39	100.00	3900.00
40	01/01/01	4000.00	UNIT	40	100.00	4000.00
41	01/01/01	4100.00	UNIT	41	100.00	4100.00
42	01/01/01	4200.00	UNIT	42	100.00	4200.00
43	01/01/01	4300.00	UNIT	43	100.00	4300.00
44	01/01/01	4400.00	UNIT	44	100.00	4400.00
45	01/01/01	4500.00	UNIT	45	100.00	4500.00
46	01/01/01	4600.00	UNIT	46	100.00	4600.00
47	01/01/01	4700.00	UNIT	47	100.00	4700.00
48	01/01/01	4800.00	UNIT	48	100.00	4800.00
49	01/01/01	4900.00	UNIT	49	100.00	4900.00
50	01/01/01	5000.00				

1421884961



URGENT AUSTRIAN SANTA MONTA DE ALEQUANQUE PERAZZINI 052373505079		001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F	4810169 SEP 88	CP 943. 234. 644-04	DATA BIRTHMONT ID 26/07/1974	001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F
		001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F	001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F	001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F	001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F	001. SCHWABER, DRG. EN ESPANOL / F

[illegible]

From: Wesley.Hart@usdoj.gov

LOCAL
SURVIVAL - PR
DATA CATCHING
10/04/2017

5128575200
P3070855772

PERNAMBUCO

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

32

[illegible]

EMP DO	TIPO DA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	COMANDO (MM)
REMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									

STATION	PUNTO	LETTURA	DATA	LETTURA	DATA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

[illegible]

—

[illegible]

Category	Percentage	Percentage	Percentage	Percentage
Control	100%	100%	100%	100%
3MCP	100%	100%	100%	100%
2,4-D	100%	100%	100%	100%
2,4,5-T	100%	100%	100%	100%

	PIG	COPIES	1977	1978	1979
Percent of Population	1.43	1.43	1.43	1.43	1.43
Percent of Population	1.43	1.43	1.43	1.43	1.43
Percent of Population	1.43	1.43	1.43	1.43	1.43

[illegible][illegible]

Age Group	% of total sample
18-24	~10
25-34	~45
35-44	~35
45-54	~15
55-64	~5
65-74	~2
75-84	~1
85-94	~1

Category	Value
1	1.000
2	0.999
3	0.998
4	0.997
5	0.996
6	0.995
7	0.994
8	0.993
9	0.992
10	0.991
11	0.990
12	0.989
13	0.988
14	0.987
15	0.986
16	0.985
17	0.984
18	0.983
19	0.982
20	0.981
21	0.980
22	0.979
23	0.978
24	0.977
25	0.976
26	0.975
27	0.974
28	0.973
29	0.972
30	0.971
31	0.970
32	0.969
33	0.968
34	0.967
35	0.966
36	0.965
37	0.964
38	0.963
39	0.962
40	0.961
41	0.960
42	0.959
43	0.958
44	0.957
45	0.956
46	0.955
47	0.954
48	0.953
49	0.952
50	0.951
51	0.950
52	0.949
53	0.948
54	0.947
55	0.946
56	0.945
57	0.944
58	0.943
59	0.942
60	0.941
61	0.940
62	0.939
63	0.938
64	0.937
65	0.936
66	0.935
67	0.934
68	0.933
69	0.932
70	0.931
71	0.930
72	0.929
73	0.928
74	0.927
75	0.926
76	0.925
77	0.924
78	0.923
79	0.922
80	0.921
81	0.920
82	0.919
83	0.918
84	0.917
85	0.916
86	0.915
87	0.914
88	0.913
89	0.912
90	0.911
91	0.910
92	0.909
93	0.908
94	0.907
95	0.906
96	0.905
97	0.904
98	0.903
99	0.902
100	0.901

4-3000 (21)

1884-1885, 1886-1887, 1888-1889, 1890-1891, 1892-1893, 1894-1895, 1896-1897, 1898-1899, 1900-1901, 1902-1903, 1904-1905, 1906-1907, 1908-1909, 1910-1911, 1912-1913, 1914-1915, 1916-1917, 1918-1919, 1920-1921, 1922-1923, 1924-1925, 1926-1927, 1928-1929, 1930-1931, 1932-1933, 1934-1935, 1936-1937, 1938-1939, 1940-1941, 1942-1943, 1944-1945, 1946-1947, 1948-1949, 1950-1951, 1952-1953, 1954-1955, 1956-1957, 1958-1959, 1960-1961, 1962-1963, 1964-1965, 1966-1967, 1968-1969, 1970-1971, 1972-1973, 1974-1975, 1976-1977, 1978-1979, 1980-1981, 1982-1983, 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989, 1990-1991, 1992-1993, 1994-1995, 1996-1997, 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, 26

IN LUNAR CORRELATIONS

The authors are grateful to Dr. J. G. Ziegler for his helpful discussions.

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 395–403

100

Author's address: Department of Psychology,
University of California, San Diego,
La Jolla, CA 92037, USA.
E-mail: jacob@ucsd.edu

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

Número do documento: 20081410335513500000065065911

Num. 66320226 - Pág. 16

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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência e previdência 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, nas administrativas, resgates, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

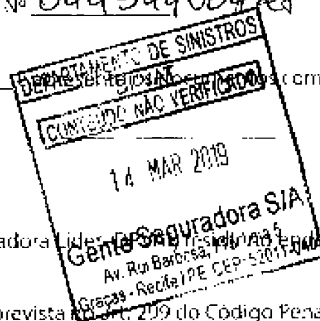
Pelo exposto, eu ADRIANA MENTOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945234444 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MAURILIO BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044344004 / 28 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MAURILIO BARBOSA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 044344004 / 28, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declare Profissão: _____ Renda: _____ Comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER, que estou informando o 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 RUA JOAO BATISTA	Numero 370	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade SURUBIM	Estado PE
E-mail ayaguenon1994@yahoo.com.br	Telefone comercial (R) (DDD) (81) 97009996	CEP 55750-000
	Telefone celular (DDD) (81) 91613907	

SURUBIM/PE, 11 de MARÇO de 2019
Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

PRONTUARIO

THESE - 00

ANTES DA INCISAO >>>>>

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
CIRÚRGICA

PAUSA CIRURGICA

11 CIRURGIÃO, ANESTESISTA = ENFERMEIRO
CONFIRMAÇÃO VERBALMENTE

IDEA: RECOGNIZING TO PROTECT

SITING PUEBLO

• PROCEEDING TO A SURETY BOND

CONSENT ATTACHED

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

5- VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO INSTALADO E FUNCIONANDO

OPAZIENTE POSSUI

1 ALERGIA CONHLECIDADA?

 $\frac{1}{2}$

1992

1949-50

60

 $\frac{v}{\sqrt{\gamma}}$

RESUMO DE PERIÓDICA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

[illegible]

Department of Health and Human Services

4. *Conclusions*

10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100
 101
 102
 103
 104
 105
 106
 107
 108
 109
 110
 111
 112
 113
 114
 115
 116
 117
 118
 119
 120
 121
 122
 123
 124
 125
 126
 127
 128
 129
 130
 131
 132
 133
 134
 135
 136
 137
 138
 139
 140
 141
 142
 143
 144
 145
 146
 147
 148
 149
 150
 151
 152
 153
 154
 155
 156
 157
 158
 159
 160
 161
 162
 163
 164
 165
 166
 167
 168
 169
 170
 171
 172
 173
 174
 175
 176
 177
 178
 179
 180
 181
 182
 183
 184
 185
 186
 187
 188
 189
 190
 191
 192
 193
 194
 195
 196
 197
 198
 199
 200
 201
 202
 203
 204
 205
 206
 207
 208
 209
 210
 211
 212
 213
 214
 215
 216
 217
 218
 219
 220
 221
 222
 223
 224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260
 261
 262
 263
 264
 265
 266
 267
 268
 269
 270
 271
 272
 273
 274
 275
 276
 277
 278
 279
 280
 281
 282
 283
 284
 285
 286
 287
 288
 289
 290
 291
 292
 293
 294
 295
 296
 297
 298
 299
 300
 301
 302
 303
 304
 305
 306
 307
 308
 309
 310
 311
 312
 313
 314
 315
 316
 317
 318
 319
 320
 321
 322
 323
 324
 325
 326
 327
 328
 329
 330
 331
 332
 333
 334
 335
 336
 337
 338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365
 366
 367
 368
 369
 370
 371
 372
 373
 374
 375
 376
 377
 378
 379
 380
 381
 382
 383
 384
 385
 386
 387
 388
 389
 390
 391
 392
 393
 394
 395
 396
 397
 398
 399
 400
 401
 402
 403
 404
 405
 406
 407
 408
 409
 410
 411
 412
 413
 414
 415
 416
 417
 418
 419
 420
 421
 422
 423
 424
 425
 426
 427
 428
 429
 430
 431
 432
 433
 434
 435
 436
 437
 438
 439
 440
 441
 442
 443
 444
 445
 446
 447
 448
 449
 450
 451
 452
 453
 454
 455
 456
 457
 458
 459
 460
 461
 462
 463
 464
 465
 466
 467
 468
 469
 470
 471
 472
 473
 474
 475
 476
 477
 478
 479
 480
 481
 482
 483
 484
 485
 486
 487
 488
 489
 490
 491
 492
 493
 494
 495
 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532

22
C
23
24
25

A PROCLAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

22

544

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:

$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE NÚCLICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1967 O 450-000

EL AGENTAJE DE INSTRUCCION Y ORDEN, LOS
COMPROBOS Y SOLUCION, EL FOLIO COMPLETO, Y
SUO SE ABORDA.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

COMISSÃO DE REGISTRO DE FARMACIA DO
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO
ESTADO DE SÃO PAULO - CRF/SP



Ficha de Acolhimento

Nome:	Antonio Carlos de Mello Junior		
End:	Rua Barbosa, 215 - Gráças - Recife/PE		
Data de Nascimento:	27/08/1988	Documento de Identificação:	123456789
Queixa:	Dor abdominal		
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baxo	Aspecto: () Calmo () Fácels da dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGB:	Mucosas: () Normocrada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama	

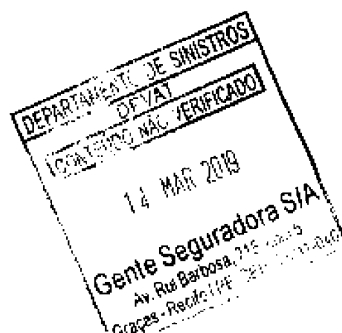
Estratificação

MOD 158

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Nome	Prontuário	Idade	Sexo	Profissão	Residência	Endereço	Telefone	Outros
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	66320226	35	M	Advogado	Residência	Av. ...	...	...
Exatidão 10/08/2020 10:33:55 Diagnóstico ... Tratamento ... Evolução ...								





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Maurício Barbosa de Jesus			
Data da Operação	Enf.	Leito	
24/04/19			
Operador	1º Auxiliar		
Dr. Luiz Juvenal	Dr. Yury (M2)		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
		C214	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Lesão de fratura por trauma		Banco (C)	
Tipo de Operação			
Lime + Desbridamento + Sutura			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Não			
Acidente Durante a Operação			
Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral	
1) Paciente em DDA 50% Anestesia.	
2) Acesso à Articulação + Campos Estendidos	
3) Limpeza da pele com álcool 70% e desinfecção com betadine.	
4) Exatidão da lesão muscular profunda de fratura de subscapular.	
5) Presença de fragmentos em músculo.	
6) Lavagem do local com S.F. 2.3.	
7) Sutura da Aponeurose em partes.	
8) Curativo.	



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Relatório de Operação

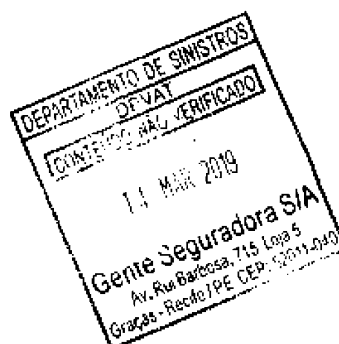




TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO[illegible]

GOVERNO
DA PARAIBASECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Maurício Barbosa da Silva										PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:				
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐										

DADOS CLÍNICOS:

Politrauma

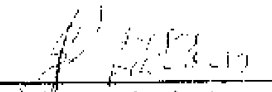
Rx
03/04/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio x do Torax em AP

- Raio x de omoplado esquerdo AP e Perfil

URGÊNCIA: ☐	ROTINA: ☐	 Carimbo e Assinatura do Médico
DATA: 27/08/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

CCD. 002



PREScrição de enfermagem	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
1. Observar o nível de consciência do paciente, verificando se ele responde a estímulos verbais e físicos.		1. Observar o nível de consciência do paciente.
2. Observar o nível de saturação de oxigênio do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		2. Observar o nível de saturação de oxigênio do paciente.
3. Observar o nível de frequência cardíaca do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		3. Observar o nível de frequência cardíaca do paciente.
4. Observar o nível de frequência respiratória do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		4. Observar o nível de frequência respiratória do paciente.
5. Observar o nível de pressão arterial do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		5. Observar o nível de pressão arterial do paciente.
6. Observar o nível de temperatura corporal do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		6. Observar o nível de temperatura corporal do paciente.
7. Observar o nível de umidade das mucosas do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		7. Observar o nível de umidade das mucosas do paciente.
8. Observar o nível de estado de hidratação do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		8. Observar o nível de estado de hidratação do paciente.
9. Observar o nível de estado de nutrição do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		9. Observar o nível de estado de nutrição do paciente.
10. Observar o nível de estado de saúde do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		10. Observar o nível de estado de saúde do paciente.
11. Observar o nível de estado de bem-estar do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		11. Observar o nível de estado de bem-estar do paciente.
12. Observar o nível de estado de segurança do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		12. Observar o nível de estado de segurança do paciente.
13. Observar o nível de estado de conforto do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		13. Observar o nível de estado de conforto do paciente.
14. Observar o nível de estado de participação do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		14. Observar o nível de estado de participação do paciente.
15. Observar o nível de estado de conhecimento do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		15. Observar o nível de estado de conhecimento do paciente.
16. Observar o nível de estado de habilidades do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		16. Observar o nível de estado de habilidades do paciente.
17. Observar o nível de estado de recursos do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		17. Observar o nível de estado de recursos do paciente.
18. Observar o nível de estado de apoio do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		18. Observar o nível de estado de apoio do paciente.
19. Observar o nível de estado de rede de apoio do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		19. Observar o nível de estado de rede de apoio do paciente.
20. Observar o nível de estado de rede de suporte do paciente, verificando se ele está dentro dos parâmetros estabelecidos.		20. Observar o nível de estado de rede de suporte do paciente.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 IN VÁL
 CONTENDO NÃO VERIFICADO
 14 MAR 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Lda-5
 Graças - Recife/PE CEP: 51.020-010



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antonio Carlos Rodrigues da Silva Registro: 123456 Leito: 123 Setor: Atual

2. AVALIAÇÃO GERAL

Síntus vitais: Tax: 90 P: 60 bpm, FR: 12 irpm PA: 120/80 mmHg, FC: 70 bpm, SpO2: 98 %
ECG: regul, Peso: 70 Kg, Altura: 1,70 cm, Dor: () Local: Obs:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (x4) Consciente (x4) Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro:
GLASGOW (3-15): 15 Drogas (Sedação/Analgesia): Obs:

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D-L () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Mídríacas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Clara () Dúbia () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria

Obs:

OXIGENIZAÇÃO

Respiração: (x4) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % 21 l/min () Traqueostomia () Arve/Tubo ()

() VMNI () VMI/OT nº 1 Corissura labial nº 1 FIO2 % 21 PELP cm H2O

(x2) Eupnéia () Isupnéia () Bradipnéia () Dispneia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente () Diminuído () D () E

Ruínas adventícias: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Suprimida () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantificada e aspecto:

Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno: 14/08/2020 Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH 7,38 PCO2 35 PO2 100 HCO3 22 SB 23 SaO2 98 Data: 14/08/2020 Hora: 10:33

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Atenção () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(x4) Tranquilo () Agitado () Agressivo () Risco de queda Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

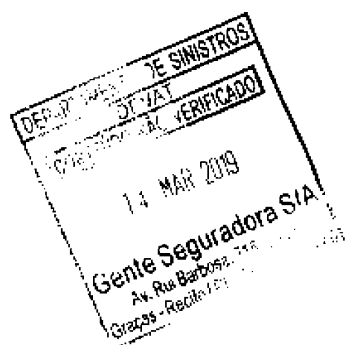
Pulso: (x2) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:33:55
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081410335513500000065065911>
 Número do documento: 20081410335513500000065065911

DIAGNOSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Informação		Data	
MAGNOSTICOS		CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	
1. Contato	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Não sabe ☐ Não sabe	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
2. Atividade de vida	☐ Atividade de vida normal ☐ Atividade de vida alterada ☐ Atividade de vida comprometida ☐ Atividade de vida comprometida	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
3. Defeito no auto-cuidado	☐ Defeito no auto-cuidado ☐ Defeito no auto-cuidado ☐ Defeito no auto-cuidado	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
4. Desconhecimento	☐ Desconhecimento ☐ Desconhecimento ☐ Desconhecimento	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
5. Insegurança	☐ Insegurança ☐ Insegurança ☐ Insegurança	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
6. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
7. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
8. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
9. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
10. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
11. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
12. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
13. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
14. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
15. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
16. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
17. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
18. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
19. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	
20. Atividade física	☐ Atividade física ☐ Atividade física ☐ Atividade física	☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____ ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Não sabe ☐ Outros: _____	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
1. Avaliar o estado geral do paciente.			1.1. O paciente em boas condições gerais.
2. Avaliar o estado de consciência, nível de alerta e nível de orientação.			2.1. O paciente em boas condições gerais.
3. Avaliar o estado de hidratação e o estado de equilíbrio hídrico.			3.1. O paciente em boas condições gerais.
4. Avaliar o estado de nutrição e o estado de equilíbrio nutricional.			4.1. O paciente em boas condições gerais.
5. Avaliar o estado de mobilidade e o estado de equilíbrio postural.			5.1. O paciente em boas condições gerais.
6. Avaliar o estado de sono e o estado de equilíbrio circadiano.			6.1. O paciente em boas condições gerais.
7. Avaliar o estado de humor e o estado de equilíbrio emocional.			7.1. O paciente em boas condições gerais.
8. Avaliar o estado de percepção e o estado de equilíbrio sensorial.			8.1. O paciente em boas condições gerais.
9. Avaliar o estado de comunicação e o estado de equilíbrio comunicacional.			9.1. O paciente em boas condições gerais.
10. Avaliar o estado de aprendizagem e o estado de equilíbrio intelectual.			10.1. O paciente em boas condições gerais.
11. Avaliar o estado de autoconhecimento e o estado de equilíbrio existencial.			11.1. O paciente em boas condições gerais.
12. Avaliar o estado de espiritualidade e o estado de equilíbrio espiritual.			12.1. O paciente em boas condições gerais.
13. Avaliar o estado de cidadania e o estado de equilíbrio cívico.			13.1. O paciente em boas condições gerais.
14. Avaliar o estado de sustentabilidade e o estado de equilíbrio sustentável.			14.1. O paciente em boas condições gerais.
15. Avaliar o estado de bem-estar e o estado de equilíbrio bem-estar.			15.1. O paciente em boas condições gerais.
16. Avaliar o estado de qualidade de vida e o estado de equilíbrio de qualidade de vida.			16.1. O paciente em boas condições gerais.
17. Avaliar o estado de saúde e o estado de equilíbrio de saúde.			17.1. O paciente em boas condições gerais.
18. Avaliar o estado de doença e o estado de equilíbrio de doença.			18.1. O paciente em boas condições gerais.
19. Avaliar o estado de morte e o estado de equilíbrio de morte.			19.1. O paciente em boas condições gerais.
20. Avaliar o estado de vida e o estado de equilíbrio de vida.			20.1. O paciente em boas condições gerais.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:33:55
 Assinatura do Enfermeiro

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:33:55



4437-En 62 600 100 000

[illegible]

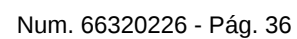
SERVIÇOS REALIZADOS:

時間(5分・30分・45分)	内容	担当者
15分	1. 本日の授業の目的・目標を説明する。	佐々木 浩
30分	2. 本日の授業の目的・目標を達成するための学習活動を行う。	佐々木 浩
45分	3. 本日の授業の目的・目標を達成するための学習活動を行う。	佐々木 浩

22



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAL
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 714 Loja 1
Gracas - Recife/PE CEP: 520-000





NOTA FISCAL DE PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO
CNPJ 00.000.000/0001-90
Av. Roraima, 111, Bloco A, 1º andar, Recife, Pernambuco - CEP 51030-000

DADOS DO CLIENTE
NOME: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 00.000.000/0001-90

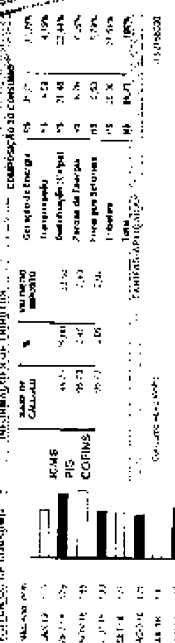
CLASSE DE SERVIÇO
NOME: CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO

DATA DE EMISSÃO: 14/08/2020
VALOR: 102,04
CNPJ: 00.000.000/0001-90
CPF: 00.000.000/0001-90

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	102,04	102,04

Valor Total: 102,04

DATA	VALOR	VALOR ADICIONAL	VALOR TOTAL
14/08/2020	102,04	0,00	102,04



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
14 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52071-040

NOTA FISCAL DE PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO DE IMPOSTOS DE RENDIMENTO
CNPJ 00.000.000/0001-90
Av. Roraima, 111, Bloco A, 1º andar, Recife, Pernambuco - CEP 51030-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013400927839

PLT 01 004362113300 02562113300 2017

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

ENTRADA: 02562113300

SERVIÇO GRATUITO DE DADOS PARA PESSOAS CAPACITADAS POR MEIO DE AUTOMATISMOS DE VOTAÇÃO ELETRÔNICA OU POR OUTRO MEIO ACESSÍVEL A PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS OU NÃO, SEGUNDO DESEJO.

CE Nº 013400927839 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1504

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

01 02562113300 02562113300 2017

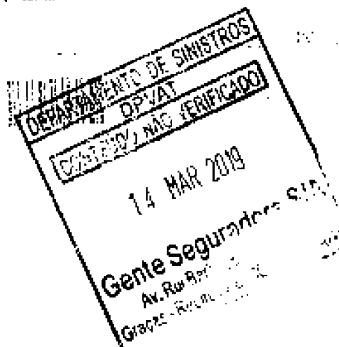
SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1504

MOTOR: FIAT/BUCKLE MAXI 1.6 16V



RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA



013400927839

RECIBO CE Nº

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA MAURILIO BARBOSA DA SILVADATA DO ACIDENTE 27/04/18 CPF DA VITIMA 0443440048PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO PROTEÇÃO ÀS MÓDAS DE A FÉLIX

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTANº 370 COMPLEMENTO CASACIDADE SULZITAUF PECEP 55750-00E-MAIL apexseguradora@gmail.com TELEFONE (81) 97900

MARQUE DO PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML☒ ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E REPRESENTANTE LEGAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO☒ BOLÉIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA ORIGINAL

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 015 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS☒ COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA ORIGINAL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☒ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 015 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00

- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 545 DPVAT 0900 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

NOME

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199932

Cidade: Alcantil

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 27/04/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA/ DESBRIDAMENTO/ SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3190199932

Cidade: Alcantil

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

Data do acidente: 27/04/2018

Seguradora: AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO NO BRAÇO ESQUERDO (LESÃO DE PARTES MOLES).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA MECÂNICA/ DESBRIDAMENTO/ SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- MAURILIO BARBOSA DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 6.455.222 SDS-PE
ENDEREÇO- RUA POVOADO CANAA, Nº 1002, ZONA RURAL, CARUARU-PE

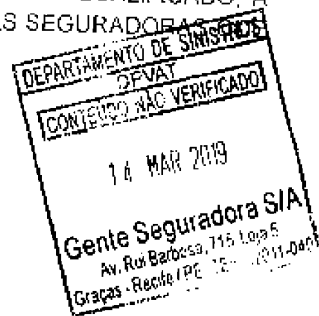
OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS, CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.



CARUARU - PE 03 DE JULHO 2018



Maurilio Barbosa da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TAB. DE NOTAS E PROTESTO E OFÍCIO DO REG. DE IMÓVEIS TÍT. E DOC. E PESSOAS JURÍDICAS
Rua do Comércio, 343 - Centro - CEP: 55.125-000 - TORITAMA/PE - FONE/FAX: (071) 3743-3957

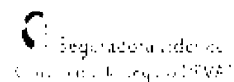
Reconheço Por Autenticidade a firma de MAURILIO BARBOSA DA SILVA, 12/07/2018 11:16:39 e dou fé. Ex. testemunho da verdade, Substituta: HUIARA MARIA CRISTINA DA SILVA ARAÚJO, 12/07/2018 0,00, FERC 0,40 Total R\$4,79 Selo: 0076752-4YJ068201801-02745
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/08/2020 10:33:55

CARTÓRIO ÚNICO TORITAMA-PE
Rua do Comércio, 343 - Centro - Toritama-PE
Aurea de Moura Jesus
- Tabela -
Maria do Rosário da Silva Araújo
1ª Substituta
Huiara Maria Cristina da Silva Araújo
2ª Substituta
COMARCA DE TORITAMA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087691/19

Vítima: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 044.344.004-28

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: MAURILIO BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MAURILIO BARBOSA DA SILVA : 044.344.004-28

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: 14/03/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

