

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596376

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
----------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190596376

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

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

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, 08 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190596376**

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001890

Conta: 000000003052-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (UESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro do ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo: <input type="text" value="William Henrique de Paixão"/>	6 - CEP: <input type="text" value="222470 408-96"/>
7 - Profissão: <input type="text" value="Ricar"/>	8 - Endereço: <input type="text" value="R. Américo Góes, 151"/>
9 - Número: <input type="text" value="151"/>	10 - Complemento: <input type="text" value="Casa"/>
11 - Bairro: <input type="text" value="Ente Rosa"/>	12 - Cidade: <input type="text" value="Barueri"/>
13 - Estado: <input type="text" value="SP"/>	14 - CEP: <input type="text" value="55010-270"/>
15 - E-mail: <input type="text" value="Ricar.baba.1990@hotmail.com.br"/>	16 - Tel (DDD): <input type="text" value="11 9937853008"/>

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: REUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Auscultar uma vez)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text" value="1890"/> CONTA: <input type="text" value="222470 408-96"/>
(Informar o dígito se usado) <input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se usado) <input type="checkbox"/>
(Informar o dígito se usado) <input type="checkbox"/>	(Informar o dígito se usado) <input type="checkbox"/>

Antes da Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e/ou no seu favor direito, reconhecendo e datum, desde já e sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

Não há IML que atende 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.

Peço motivo alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em me submeter à avaliação médica as costas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.114/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso diverger do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE LÍGÜIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Vivo: Data de óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Irmão(a) Neta(neto) Neta(neto) de: _____

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

27 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

28 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

29 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

30 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

31 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

32 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

33 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

34 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

35 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

36 - Vítima: Sim Não Se tiver filhos, informar: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina o rigo/a pedido: _____

38 - Local e Data: 39 - Nome:

40 - Assinatura da vítima/beneficiário (Se diferente):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura da Testemunha (se houver):

44 - Assinatura da Testemunha (se houver):

45 - Assinatura da Testemunha (se houver):

46 - Assinatura da Testemunha (se houver):

47 - Assinatura da Testemunha (se houver):

48 - Assinatura da Testemunha (se houver):

49 - Assinatura da Testemunha (se houver):

50 - Assinatura da Testemunha (se houver):

51 - Assinatura da Testemunha (se houver):

52 - Assinatura da Testemunha (se houver):

53 - Assinatura da Testemunha (se houver):

54 - Assinatura da Testemunha (se houver):

55 - Assinatura da Testemunha (se houver):

56 - Assinatura da Testemunha (se houver):

57 - Assinatura da Testemunha (se houver):

58 - Assinatura da Testemunha (se houver):

59 - Assinatura da Testemunha (se houver):

60 - Assinatura da Testemunha (se houver):

61 - Assinatura da Testemunha (se houver):

62 - Assinatura da Testemunha (se houver):

63 - Assinatura da Testemunha (se houver):

64 - Assinatura da Testemunha (se houver):

65 - Assinatura da Testemunha (se houver):

66 - Assinatura da Testemunha (se houver):

67 - Assinatura da Testemunha (se houver):

68 - Assinatura da Testemunha (se houver):

69 - Assinatura da Testemunha (se houver):

70 - Assinatura da Testemunha (se houver):

71 - Assinatura da Testemunha (se houver):

72 - Assinatura da Testemunha (se houver):

73 - Assinatura da Testemunha (se houver):

74 - Assinatura da Testemunha (se houver):

75 - Assinatura da Testemunha (se houver):

76 - Assinatura da Testemunha (se houver):

77 - Assinatura da Testemunha (se houver):

78 - Assinatura da Testemunha (se houver):

79 - Assinatura da Testemunha (se houver):

80 - Assinatura da Testemunha (se houver):

81 - Assinatura da Testemunha (se houver):

82 - Assinatura da Testemunha (se houver):

83 - Assinatura da Testemunha (se houver):

84 - Assinatura da Testemunha (se houver):

85 - Assinatura da Testemunha (se houver):

86 - Assinatura da Testemunha (se houver):

87 - Assinatura da Testemunha (se houver):

88 - Assinatura da Testemunha (se houver):

89 - Assinatura da Testemunha (se houver):

90 - Assinatura da Testemunha (se houver):

91 - Assinatura da Testemunha (se houver):

92 - Assinatura da Testemunha (se houver):

93 - Assinatura da Testemunha (se houver):

94 - Assinatura da Testemunha (se houver):

95 - Assinatura da Testemunha (se houver):

96 - Assinatura da Testemunha (se houver):

97 - Assinatura da Testemunha (se houver):

98 - Assinatura da Testemunha (se houver):

99 - Assinatura da Testemunha (se houver):

100 - Assinatura da Testemunha (se houver):

101 - Assinatura da Testemunha (se houver):

102 - Assinatura da Testemunha (se houver):

103 - Assinatura da Testemunha (se houver):

104 - Assinatura da Testemunha (se houver):

105 - Assinatura da Testemunha (se houver):

106 - Assinatura da Testemunha (se houver):

107 - Assinatura da Testemunha (se houver):

108 - Assinatura da Testemunha (se houver):

109 - Assinatura da Testemunha (se houver):

110 - Assinatura da Testemunha (se houver):

111 - Assinatura da Testemunha (se houver):

112 - Assinatura da Testemunha (se houver):

113 - Assinatura da Testemunha (se houver):

114 - Assinatura da Testemunha (se houver):

115 - Assinatura da Testemunha (se houver):

116 - Assinatura da Testemunha (se houver):

117 - Assinatura da Testemunha (se houver):

118 - Assinatura da Testemunha (se houver):

119 - Assinatura da Testemunha (se houver):

120 - Assinatura da Testemunha (se houver):

121 - Assinatura da Testemunha (se houver):

122 - Assinatura da Testemunha (se houver):

123 - Assinatura da Testemunha (se houver):

124 - Assinatura da Testemunha (se houver):

125 - Assinatura da Testemunha (se houver):

126 - Assinatura da Testemunha (se houver):

127 - Assinatura da Testemunha (se houver):

128 - Assinatura da Testemunha (se houver):

129 - Assinatura da Testemunha (se houver):

130 - Assinatura da Testemunha (se houver):

131 - Assinatura da Testemunha (se houver):

132 - Assinatura da Testemunha (se houver):

133 - Assinatura da Testemunha (se houver):

134 - Assinatura da Testemunha (se houver):

135 - Assinatura da Testemunha (se houver):

136 - Assinatura da Testemunha (se houver):

137 - Assinatura da Testemunha (se houver):

138 - Assinatura da Testemunha (se houver):

139 - Assinatura da Testemunha (se houver):

140 - Assinatura da Testemunha (se houver):

141 - Assinatura da Testemunha (se houver):

142 - Assinatura da Testemunha (se houver):

143 - Assinatura da Testemunha (se houver):

144 - Assinatura da Testemunha (se houver):

145 - Assinatura da Testemunha (se houver):

146 - Assinatura da Testemunha (se houver):

147 - Assinatura da Testemunha (se houver):

148 - Assinatura da Testemunha (se houver):

149 - Assinatura da Testemunha (se houver):

150 - Assinatura da Testemunha (se houver):

151 - Assinatura da Testemunha (se houver):

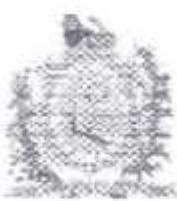
152 - Assinatura da Testemunha (se houver):

153 - Assinatura da Testemunha (se houver):

154 - Assinatura da Testemunha (se houver):

155 - Assinatura da Testemunha (se houver):

156 - Assinatura da Testemunha (se houver): <input type="text" value="Rafaela Marg



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90^ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 19E2106000521

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/10/2019 às 16:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpeiro (Cenário do crime) que aconteceu no dia 08/10/2019 no período da Tarde.

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MERCINA - Bairro: SANTA ROSA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

Lugar do Fato: NÃO REFORMADO

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (Autor / Agente)

SAMUEL FERREIRA CAMPOS FILHO (Outro)

WILLIAN ALMEIDA DE BARROS (Vítima)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIAN ALMEIDA DE BARROS

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

WILLIAN ALMEIDA DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

MSC: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE BARROS Data de Nascimento: 17/5/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 181, RUA VENUSTIANO CORREIA - CEP: 5 - Bairro: SANTA ROSA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SAMUEL FERREIRA CAMPOS FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse da(s) Sr(a): WILLIAN ALMEIDA DE BARROS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA MONOAIXO SEM Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHJ4838 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 182810216 Chassis: 9C5JC4110AR012783
Ano Fabricação: 2016

08/10/2019

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

BURACO (OUTRO TIPO DE OBJETO) de propriedade da(s) Sr(a)s: DESCONHECIDO, que estava em posse da(s) Sr(a)s: DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRANSITO NESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTO E AO PASAR POR UM BURACO DEVIDO AS MAE CONSERVORES DA VIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR E DEVIDO AO ACIDENTE TEVE FRATUARAS NA FACE E DANOS MATERIAIS FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HRA COM PRONTUARIO DE NUMERO 341180

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

WILLIEN ALMEIDA DE BARROS
(VITIMA)

Willien Almeida de Barros

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA
lulu
153028-1

REC/cont





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Bairro(s) / Spó(s) de cobertura DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro da ASU 3 - LPI da vítima: **222 410 408 96** 4 - Nome completo da vítima: **William Almeida de Lima**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: **William Almeida de Lima** 6 - CPF: **222 410 408 96**
 7 - Profissão: **Ricardo** 8 - Endereço: **Rua. Amélia Nogueira Corrêa** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **Baruaru**
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Baruaru** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55026-270**
 15 - E-mail: **ricardolima1990@gmail.com** 16 - TE (DDD): **83 99935-3009**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **Ricardo** 18 - CPF do Representante Legal: **123.456.789-00** 19 - Profissão do Representante Legal: **Analista de Sistemas**

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
COTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma só):
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco Itaú (391) Sicredi (401)
 AGENCIA: **1230** CONTA: **000 3052** Dígito: **4** Nome do BANCO: _____
 (Inserir o dígito se exige) (Inserir o dígito se exige) (Inserir o dígito se exige)

Autorizo a seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/restituição do Seguro DPVAT a que sou devido, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a regras do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a regras 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 as cuntas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o art. 5º, §4º/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura contagem médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descrever o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (não casado) Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima conviveu com parente(s): Sim Não 27 - Se a vítima deixou (companheiro), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 (seus filhos) Não Vivos: Falecidos: (seus irmãos) Não Vivos: Falecidos: (seus pais/avós) Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos beneficiários que se apresentarem e provarem esta constatação, estando ciente, ainda, de que qualquermissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 330 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o rogo/s pedido 35 - Nome legível de quem assina o rogo/s pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/s pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/s pedido

38-1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39-2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Baruaru - 20-10-2019**

William Almeida de Lima

Rosilene Margarida da Silva

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192



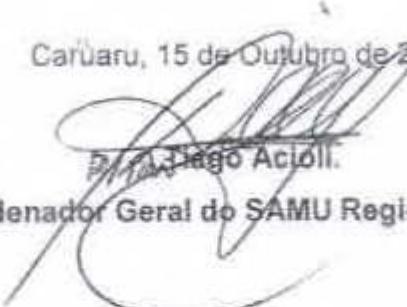
EXCELSIOR
CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. WILLIAM ALMEIDA DE BARROS portador do RG: 35.461617-1 SSP-SP e CPF: 222.470.408-96, que consta nos registros de ocorrências Nº1906300292 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 30/06/2019 às 17h e 03min, no endereço RUA MERCINA, SANTA ROSA, CARUARU-PE, com queixa de ACIDENTE DE MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente o seguinte procedimento: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 15 de Outubro de 2019.


Diego Acioli

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 15/10/2019





BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01890

CONTA: 00000003052-4

Nr. da Autenticação 877F258D972F672E



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29516>

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

A recusa em fornecer as informações da profissão e/ou fonte, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, RETAFA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNAIR DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM RESPONSÁVEL DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.533/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrita (a) no CPF/CNPJ 029.170.884, B0, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

William Almeida de Barros inscrito (a) no CPF sob o N122.470.408, 96

do sinistro da DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima William Almeida de Barros

inscrita (a) no CPF sob o N122.470, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Deslize Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Saírem: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com		Tel (DDD): 81 99285-3008

Local e Data: CARUARU, 20 - 10 - 2019

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

HRA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS
Data Nasc.: 01/01/1980 Idade: 20 Anos Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
CPF: 123.456.789-00 RG: CNS:
Endereço: RUA: RICARDO
Bairro: SANTA ROSA Cidade: CARUARU
CEP: 56024000 Fone: 37189409 Profissão:
Nome da Mãe: CONCEPCAO
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO - Data: 01/01/2010 11:45 Médico: ME. RODRIGUES

Queixa Principal: HDA

Principais sintomas: Dolor no lado esquerdo, dor no peito, dificuldade de respirar e fome. Tudo isso acontecendo em decorrência de queda de moto.

Exame Físico: Peso: 70kg, Altura: 1,70, Tensão arterial: PA: _____ FC: _____ FR: _____

Principais achados: Tensão arterial: PA: 120/80 mmHg, FC: 100 bpm, FR: 20 bpm.

Diag. Provisório: HDA - Trauma

Observações: Indicação de internação pode ser feita para o CRMF.

Prescrição:

Dia: _____ Hora: _____

Data:

Medicamento	Quantidade	Horário
1. Duro forte	100 mg	8:00
2. SPT	100 mg	8:00
3. Paracetamol	500 mg	8:00
4. Água	1000 ml	8:00
5. Soro fisiológico	1000 ml	8:00

Medicamento	Quantidade	Horário
1. Duro forte	100 mg	8:00
2. SPT	100 mg	8:00
3. Paracetamol	500 mg	8:00
4. Água	1000 ml	8:00
5. Soro fisiológico	1000 ml	8:00

Medicamento	Quantidade	Horário
1. Duro forte	100 mg	8:00
2. SPT	100 mg	8:00
3. Paracetamol	500 mg	8:00
4. Água	1000 ml	8:00
5. Soro fisiológico	1000 ml	8:00

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

卷之六

BLOCO CIRÚRGICO

REGISTRATION #347760

DATA32.vc112

PACIENTE: Editha Almeida de Barros

SALARIO STUPENDUM 04

CHIRURGIA Sutura de ferimento CIRURGIA glicocerato considerado
ANESTESIA local ANESTESIOLOGISTA

ANESTESIA *local*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. TOTAL	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. TOTAL
	Cacau			Aguia Oxygênio	
	Aqua Desinfeta			Aqua para Piscina	
	Atropina			Atropina 10%	
	Bacitracina			Bacitracina Cáustica	
	Bacitracina 10			Bacitracina 10%	
	Carbolina			Carbolina para Ovíparo	
	Carbametamol 400			Carbametamol Venoso	
	Carboxinol			Carboxinol de Unhas Apertado	
	Ciprofeno			Colírio de Unhas Facionado	
	Chlorina			Crema	
	Chlorina 50%			Eletrônico de Manutenção	
	Chlorina 10%			Equipe para Natação	
	Chlorocamida			Esquadrilha Fute	
	Chlorogentina			Fio Cai Cai Cromado	
	Chlorotetracina			Fio Cai Cai Plástica	
	Chlorotetrax			Fio de Alumínio	
	Chloro de Lactato			Fio de Alumínio 3-0	L
	Chloro Hidrogênio			Fio de Parafuso	
	Chloro Glicoxido			Globo 7,5x1,2	DL
	Chlorotetrax na Estéril			Globo 7,5x1,5	DL
	Chloro Oxid.			Lixa de Ferro 7,0	L
<i>total 3-0</i>				Lixa de Ferro 7,5	L
				Lixa de Ferro 8,0	L
				Lixa de Ferro 8,5	L
				Lixa de Ferro 9,0	L
				Lixa de Ferro 9,5	L
				Lixa de Ferro 10,0	L
				Lixa de Ferro 10,5	L
				Lixa de Ferro 11,0	L
				Lixa de Ferro 11,5	L
				Lixa de Ferro 12,0	L
				Lixa de Ferro 12,5	L
				Lixa de Ferro 13,0	L
				Lixa de Ferro 13,5	L
				Lixa de Ferro 14,0	L
				Lixa de Ferro 14,5	L
				Lixa de Ferro 15,0	L
				Lixa de Ferro 15,5	L
				Lixa de Ferro 16,0	L
				Lixa de Ferro 16,5	L
				Lixa de Ferro 17,0	L
				Lixa de Ferro 17,5	L
				Lixa de Ferro 18,0	L
				Lixa de Ferro 18,5	L
				Lixa de Ferro 19,0	L
				Lixa de Ferro 19,5	L
				Lixa de Ferro 20,0	L
				Lixa de Ferro 20,5	L
				Lixa de Ferro 21,0	L
				Lixa de Ferro 21,5	L
				Lixa de Ferro 22,0	L
				Lixa de Ferro 22,5	L
				Lixa de Ferro 23,0	L
				Lixa de Ferro 23,5	L
				Lixa de Ferro 24,0	L
				Lixa de Ferro 24,5	L
				Lixa de Ferro 25,0	L
				Lixa de Ferro 25,5	L
				Lixa de Ferro 26,0	L
				Lixa de Ferro 26,5	L
				Lixa de Ferro 27,0	L
				Lixa de Ferro 27,5	L
				Lixa de Ferro 28,0	L
				Lixa de Ferro 28,5	L
				Lixa de Ferro 29,0	L
				Lixa de Ferro 29,5	L
				Lixa de Ferro 30,0	L
				Lixa de Ferro 30,5	L
				Lixa de Ferro 31,0	L
				Lixa de Ferro 31,5	L
				Lixa de Ferro 32,0	L
				Lixa de Ferro 32,5	L
				Lixa de Ferro 33,0	L
				Lixa de Ferro 33,5	L
				Lixa de Ferro 34,0	L
				Lixa de Ferro 34,5	L
				Lixa de Ferro 35,0	L
				Lixa de Ferro 35,5	L
				Lixa de Ferro 36,0	L
				Lixa de Ferro 36,5	L
				Lixa de Ferro 37,0	L
				Lixa de Ferro 37,5	L
				Lixa de Ferro 38,0	L
				Lixa de Ferro 38,5	L
				Lixa de Ferro 39,0	L
				Lixa de Ferro 39,5	L
				Lixa de Ferro 40,0	L
				Lixa de Ferro 40,5	L
				Lixa de Ferro 41,0	L
				Lixa de Ferro 41,5	L
				Lixa de Ferro 42,0	L
				Lixa de Ferro 42,5	L
				Lixa de Ferro 43,0	L
				Lixa de Ferro 43,5	L
				Lixa de Ferro 44,0	L
				Lixa de Ferro 44,5	L
				Lixa de Ferro 45,0	L
				Lixa de Ferro 45,5	L
				Lixa de Ferro 46,0	L
				Lixa de Ferro 46,5	L
				Lixa de Ferro 47,0	L
				Lixa de Ferro 47,5	L
				Lixa de Ferro 48,0	L
				Lixa de Ferro 48,5	L
				Lixa de Ferro 49,0	L
				Lixa de Ferro 49,5	L
				Lixa de Ferro 50,0	L
				Lixa de Ferro 50,5	L
				Lixa de Ferro 51,0	L
				Lixa de Ferro 51,5	L
				Lixa de Ferro 52,0	L
				Lixa de Ferro 52,5	L
				Lixa de Ferro 53,0	L
				Lixa de Ferro 53,5	L
				Lixa de Ferro 54,0	L
				Lixa de Ferro 54,5	L
				Lixa de Ferro 55,0	L
				Lixa de Ferro 55,5	L
				Lixa de Ferro 56,0	L
				Lixa de Ferro 56,5	L
				Lixa de Ferro 57,0	L
				Lixa de Ferro 57,5	L
				Lixa de Ferro 58,0	L
				Lixa de Ferro 58,5	L
				Lixa de Ferro 59,0	L
				Lixa de Ferro 59,5	L
				Lixa de Ferro 60,0	L
				Lixa de Ferro 60,5	L
				Lixa de Ferro 61,0	L
				Lixa de Ferro 61,5	L
				Lixa de Ferro 62,0	L
				Lixa de Ferro 62,5	L
				Lixa de Ferro 63,0	L
				Lixa de Ferro 63,5	L
				Lixa de Ferro 64,0	L
				Lixa de Ferro 64,5	L
				Lixa de Ferro 65,0	L
				Lixa de Ferro 65,5	L
				Lixa de Ferro 66,0	L
				Lixa de Ferro 66,5	L
				Lixa de Ferro 67,0	L
				Lixa de Ferro 67,5	L
				Lixa de Ferro 68,0	L
				Lixa de Ferro 68,5	L
				Lixa de Ferro 69,0	L
				Lixa de Ferro 69,5	L
				Lixa de Ferro 70,0	L
				Lixa de Ferro 70,5	L
				Lixa de Ferro 71,0	L
				Lixa de Ferro 71,5	L
				Lixa de Ferro 72,0	L
				Lixa de Ferro 72,5	L
				Lixa de Ferro 73,0	L
				Lixa de Ferro 73,5	L
				Lixa de Ferro 74,0	L
				Lixa de Ferro 74,5	L
				Lixa de Ferro 75,0	L
				Lixa de Ferro 75,5	L
				Lixa de Ferro 76,0	L
				Lixa de Ferro 76,5	L
				Lixa de Ferro 77,0	L
				Lixa de Ferro 77,5	L
				Lixa de Ferro 78,0	L
				Lixa de Ferro 78,5	L
				Lixa de Ferro 79,0	L
				Lixa de Ferro 79,5	L
				Lixa de Ferro 80,0	L
				Lixa de Ferro 80,5	L
				Lixa de Ferro 81,0	L
				Lixa de Ferro 81,5	L
				Lixa de Ferro 82,0	L
				Lixa de Ferro 82,5	L
				Lixa de Ferro 83,0	L
				Lixa de Ferro 83,5	L
				Lixa de Ferro 84,0	L
				Lixa de Ferro 84,5	L
				Lixa de Ferro 85,0	L
				Lixa de Ferro 85,5	L
				Lixa de Ferro 86,0	L
				Lixa de Ferro 86,5	L
				Lixa de Ferro 87,0	L
				Lixa de Ferro 87,5	L
				Lixa de Ferro 88,0	L
				Lixa de Ferro 88,5	L
				Lixa de Ferro 89,0	L
				Lixa de Ferro 89,5	L
				Lixa de Ferro 90,0	L
				Lixa de Ferro 90,5	L
				Lixa de Ferro 91,0	L
				Lixa de Ferro 91,5	L
				Lixa de Ferro 92,0	L
				Lixa de Ferro 92,5	L
				Lixa de Ferro 93,0	L
				Lixa de Ferro 93,5	L
				Lixa de Ferro 94,0	L
				Lixa de Ferro 94,5	L
				Lixa de Ferro 95,0	L
				Lixa de Ferro 95,5	L
				Lixa de Ferro 96,0	L
				Lixa de Ferro 96,5	L
				Lixa de Ferro 97,0	L
				Lixa de Ferro 97,5	L
				Lixa de Ferro 98,0	L
				Lixa de Ferro 98,5	L
				Lixa de Ferro 99,0	L
				Lixa de Ferro 99,5	L
				Lixa de Ferro 100,0	L
				Lixa de Ferro 100,5	L
				Lixa de Ferro 101,0	L
				Lixa de Ferro 101,5	L
				Lixa de Ferro 102,0	L
				Lixa de Ferro 102,5	L
				Lixa de Ferro 103,0	L
				Lixa de Ferro 103,5	L
				Lixa de Ferro 104,0	L
				Lixa de Ferro 104,5	L
				Lixa de Ferro 105,0	L
				Lixa de Ferro 105,5	L
				Lixa de Ferro 106,0	L
				Lixa de Ferro 106,5	L
				Lixa de Ferro 107,0	L
				Lixa de Ferro 107,5	L
				Lixa de Ferro 108,0	L
				Lixa de Ferro 108,5	L
				Lixa de Ferro 109,0	L
				Lixa de Ferro 109,5	L
				Lixa de Ferro 110,0	L
				Lixa de Ferro 110,5	L
				Lixa de Ferro 111,0	L
				Lixa de Ferro 111,5	L
				Lixa de Ferro 112,0	L
				Lixa de Ferro 112,5	L
				Lixa de Ferro 113,0	L
				Lixa de Ferro 113,5	L
				Lixa de Ferro 114,0	L
				Lixa de Ferro 114,5	L
				Lixa de Ferro 115,0	L
				Lixa de Ferro 115,5	L
				Lixa de Ferro 116,0	L
				Lixa de Ferro 116,5	L
				Lixa de Ferro 117,0	L
				Lixa de Ferro 117,5	L
				Lixa de Ferro 118,0	L
				Lixa de Ferro 118,5	L
				Lixa de Ferro 119,0	L
				Lixa de Ferro 119,5	L
				Lixa de Ferro 120,0	L
				Lixa de Ferro 120,5	L
				Lixa de Ferro 121,0	L
				Lixa de Ferro 121,5	L
				Lixa de Ferro 122,0	L
				Lixa de Ferro 122,5	L
				Lixa de Ferro 123,0	L
				Lixa de Ferro 123,5	L
				Lixa de Ferro 124,0	L
				Lixa de Ferro 124,5	L
				Lixa de Ferro 125,0	L
				Lixa de Ferro 125,5	L
				Lixa de Ferro 126,0	L
				Lixa de Ferro 126,5	L
				Lixa de Ferro 127,0	L
				Lixa de Ferro 127,5	L
				Lixa de Ferro 128,0	L
				Lixa de Ferro 128,5	L
				Lixa de Ferro 129,0	L
				Lixa de Ferro 129,5	L
				Lixa de Ferro 130,0	L
				Lixa de Ferro 130,5	L
				Lixa de Ferro 131,0	L
				Lixa de Ferro 131,5	L
				Lixa de Ferro 132,0	L
				Lixa de Ferro 132,5	L
				Lixa de Ferro 133,0	L
				Lixa de Ferro 133,5	L
				Lixa de Ferro 134,0	L
				Lixa de Ferro 134,5	L
				Lixa de Ferro 135,0	L
				Lixa de Ferro 135,5	L
				Lixa de Ferro 136,0	L
				Lixa de Ferro 136,5	L
				Lixa de Ferro 137,0	L
				Lixa de Ferro 137,5	L
				Lixa de Ferro 138,0	L
				Lixa de Ferro 138,5	L
				Lixa de Ferro 139,0	L
				Lixa de Ferro 139,5	L
				Lixa de Ferro 140,0	L
				Lixa de Ferro 140,5	L
				Lixa de Ferro 141,0	L
				Lixa de Ferro 141,5	L
				Lixa de Ferro 142,0	L
				Lixa de Ferro 142,5	L
				Lixa de Ferro 143,0	L
				Lixa de Ferro 143,5	L
				Lixa de Ferro 144,0	L
				Lixa de Ferro 144,5	L
				Lixa de Ferro 145,0	L
				Lixa de Ferro 145,5	L
				Lixa de Ferro 146,0	L
				Lixa de Ferro 146,5	L
				Lixa de Ferro 147,0	L
				Lixa de Ferro 147,5	L
				Lixa de Ferro 148,0	L
				Lixa de Fer	

SLIDES

Subtotal

TOTAL

Queremos agradecer a todos que nos apoyaron en la realización de este evento.

An Interview with Cindy

Senhora ~~Massa~~
Assistente da Responsável para Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

AL-1531536

SLOCO CIRÚRGICO

QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO
		UNIT	TOTAL			
01	Objetivo			05	Agulha Desapercebida	
01	Álcool Destilado				Agulha para Puncionar	
01	Auriculina				Agulha para Reação	
02	Bacilovirina				Atadura Jessoada	
01	Infazolina 1g				Atadura Crepeada	
01	Cloridrato			01	Caixa para Onguinio	
01	Doxantrazole 100g				Caixa para Injeção	
01	Enxofreado				Editoras Unhas Abertas	
02	Glutamina				Editoras Unhas Fechadas	
01	Guarana				Órgão	
01	Unidade 50%			05	Eletrônicos de Monitorização	
01	Unicelma	011			Clipper para Cabelo	
	União Interamericana				Equipa para Sam	
	Unicelplastina				Fio Cai Cai Cromado	
	Unicelplastina				Fio Cai Cai Simples	
	Unicelplastina				Fita de Aço	
	Unicelplastina			01	Fita de Ajuste	10
01	Unicelco Lactato				Fita de Revestimento	01
	Unicel Fisiológico	13			Fitas 2x1x7,5	
	Unicel Fito seco			06	Camamento Biológico N-15 N-21	
	Unicelito no Estojo			04	Lentes Estereoscópicas	17
02	Unicutan			03	Lentes Estereoscópicas	17
01	Unicel			01	Lentes Estereoscópicas	17
01	Unicel Xplata				Seta de 10 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 20 cm	21
01	Unicel Xplata				Seta de 25 cm	21
01	Unicel Xplata				Seta de 30 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 35 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 40 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 45 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 50 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 60 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 70 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 80 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 90 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 100 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 120 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 140 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 160 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 180 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 200 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 220 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 240 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 260 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 280 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 300 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 320 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 340 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 360 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 380 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 400 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 420 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 440 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 460 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 480 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 500 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 520 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 540 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 560 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 580 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 600 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 620 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 640 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 660 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 680 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 700 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 720 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 740 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 760 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 780 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 800 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 820 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 840 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 860 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 880 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 900 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 920 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 940 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 960 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 980 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1000 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1020 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1040 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1060 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1080 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1100 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1120 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1140 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1160 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1180 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1200 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1220 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1240 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1260 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1280 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1300 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1320 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1340 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1360 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1380 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1400 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1420 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1440 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1460 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1480 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1500 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1520 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1540 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1560 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1580 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1600 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1620 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1640 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1660 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1680 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1700 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1720 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1740 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1760 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1780 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1800 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1820 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1840 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1860 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1880 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1900 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1920 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1940 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1960 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 1980 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2000 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2020 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2040 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2060 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2080 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2100 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2120 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2140 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2160 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2180 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2200 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2220 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2240 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2260 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2280 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2300 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2320 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2340 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2360 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2380 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2400 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2420 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2440 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2460 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2480 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2500 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2520 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2540 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2560 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2580 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2600 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2620 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2640 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2660 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2680 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2700 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2720 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2740 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2760 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2780 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2800 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2820 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2840 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2860 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2880 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2900 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2920 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2940 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2960 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 2980 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3000 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3020 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3040 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3060 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3080 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3100 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3120 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3140 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3160 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3180 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3200 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3220 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3240 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3260 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3280 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3300 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3320 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3340 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3360 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3380 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3400 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3420 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3440 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3460 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3480 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3500 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3520 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3540 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3560 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3580 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3600 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3620 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3640 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3660 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3680 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3700 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3720 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3740 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3760 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3780 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3800 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3820 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3840 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3860 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3880 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3900 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3920 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3940 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3960 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 3980 cm	
01	Unicel Xplata				Seta de 4	

Chaveiros: No caso de empresas que possuem mais de 1000 funcionários, é necessário que a chaveira esteja sempre com a chaveira de fábrica.

www.elsevier.com/locate/aim

Assunto: Reunião com a Sra. da Cunha

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Divisão de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO ALRESTE

Nome:	WILIANA ALVES DE SOUZA	Nº do Registro:	27110
Sexo:	FEMININO	Nº do Leito:	
Idade:	18 ANOS		
Nome:	RAIANE PRIMOS.	Sexo:	
Sexo:		Antecedentes:	
Nome:	LOPES	Diagnóstico:	
Nome da Unidade:	301-A/URG	Horário:	
Atual: p/ a TIR. Descrição: PERCUTA REGISTRO DE MANDIBULA + COMPLEXO ESTOMATICO + EXTENSOS FRACTURAIS DA ZONA DENTAL. LACERACAO DA GENGIVA 18510			
Diagnóstico: Percebeu incremento no tamanho da mandíbula + TTO comprovado nos extensos fraturados na ZDA. DENTAL. LACERACAO DA GENGIVA 18510			

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Preencher o ato operatório
- ② Antissepsia + oxigênio + aeração dos vasos sanguíneos
- ③ Anestesia local (cocaína) + sedativa + relaxante muscular
- ④ Limpeza das feridas T25 SF + E
- ⑤ Tratar as feridas da gengiva com
- ⑥ Remover incremento da mandíbula + complexo
no nível da ZDA + fios de algodão
- ⑦ curar as feridas com o enxocola



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de ensino

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Non-integer values

Registration No. 2433300

210

卷之二

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: William Almeida de Barros	Nº Registro: 341100
Clinica: BMF	Nº do leito: 68
Operador: Dr. Arnaldo Brito	
1º Assistente: Petros Pessoa (R3)	2º Assistente: Joelma Andrade (R2)
Instrumentador: Taysnara Andrade (R1)	Anestesista:
Anestesia: GERAL	Duração:
Data da Operação: 15/07/19	Inicio: _____ Término: _____

Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de CZM D + Le Fort I + parassíntese mandibular B + cóndilo E

Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo

Operação Proposta: Osteossíntese de Fratura de parassíntese mandibular B

Operação Realizada: A mesma

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL, SOB ANESTESIA GERAL;
2. ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
3. ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA C/ LIDOCAÍNA C/V + INSTALAÇÃO DE TAMPÃO OROFARINGEO;
4. INCISÃO + DIVULSAO + EXPOSIÇÃO DOS TRAÇOS DE FRATURA ATRAVÉS DE ACESSO SUBMANDIBULAR (RISDON) EM MANDÍBULA BIATERRAL;
5. REDUÇÃO ANATÔMICA DAS FRATURAS;
6. FIXAÇÃO COM 01 (UMA) PLACA DE RECONSTRUÇÃO 2,4 MM + 07 (SETE) PARAFUSOS INSERT;
7. IRRIGAÇÃO COPIOSA DA FERIDA CIRÚRGICA COM SF 0,9%;
8. SUTURA POR PLANOS;
9. REMOÇÃO DE TAMPÃO OROFARINGEO;
10. CURATIVO.

WILLIAM ALMEIDA DE BARROS
17/03/1962
ID: 341100
Male
37 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Mandibula - 3 vistas
Ac. Nro:
Acq: 15/07/2019
Arq: 15/01/27



Frame: [1] 1/1
Zoom: 18,8%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (2400x3020)

Series Nro: 2
PA

WILLIAN ALMEIDA DE BARROS
01/01/1980
ID: 341100
Male
39 Years

H_{PL}

H.R.A
Head*CRANIO_FACE_TRAUMA (...

Study ID: 1

Ac. Nb:

Acq.: 30/06/2019

Acq.: 18:28:49

200 pix

Spin: 12
Tit: 6

R_{PF}

A

Frame: [11] 11 / 13
Zoom: 88,14%
Window/Level: 255/127,5
Pixel:
CT (512x512)

Series No: 602
3D

WILLIAN ALMEIDA DE BARROS
01/01/1980
ID: 341100
Male
39 Years

H_{PL}

H.R.A
Head*CRANIO_FACE_TRAUMA ...
Study ID: 1
Ac. Nr:
Acq.: 30/06/2019
Acq.: 18:28:49

200 pix

Spin: 49
Tilt: 5

- P_{RF}

Frame: [10] 10 / 13
Zoom: 88,14%
Window/Level: 255/127,5
Pixel:
CT (512x512)

Series Nb: 602
3D



NAME: 9.000.356
DATA: 31/05/2010
DOC. NUMBER: 0000807 13 CARUARU-FE
NAME: << ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>
NAME: << SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>
NAME: << MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>
NAME: CARUARU - PE
DATE: 30/01/1976
TIME: 10:00:00
FIRM: 029.170.884-60

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: William Almeida de Barros
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Revisor
RG nº 354616-17, CPF/MF nº 222 470 408-96, com
endereço residencial na Rua: Senhorinho, 151
Santa Rosa
Paramar - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosângela da Silva
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000-356
CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na
Ricardo Rilar, 332
João Francisco
Paramar - PE

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Instalação da Vítima William Almeida de Barros CPF 222 470 408-96 e cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Paramar, 27 de outubro de 2019.



William Almeida de Barros

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

RECONHEÇO, por autenticidade, as(s) firma(s) de:
WILLIAM ALMEIDA DE BARROS
Ident. N° 0077073.GVX10201901.03730
Data fe. CARUARU, 17/10/2019 11:08:30. Eu testemunho a verdade.

Foto da Ceni e Sônia
Endereço: Rua 1035, nº 810, Bairro: Centro, Cidade: Caruaru, Pernambuco, CEP: 56300-000
Consulte outras licenças em: www.tce.pe.gov.br/licita/licitas/licitas



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367354/19

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

CPF: 222.470.408-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

WILLIAM ALMEIDA DE BARROS : 222.470.408-96

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: 22/10/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367354/19

Número do Sinistro: 3190596376

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

CPF: 222.470.408-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 28/10/2019
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA
CPF: 029.170.884-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190596376 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DO ZIGOMÁTICO DIREITO(LE FORT I), PARASSINFISE MANDIBULAR E CÔNDILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS P.6) ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.7,8

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00