



Número: **0002234-38.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILLIAM ALMEIDA DE BARROS (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69497631	14/10/2020 16:24	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, 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

Pag. 00469/00470 - carta_03 - INVALIDEZ

00290235



Carta nº 15004281





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

Carta nº 15004282

Pag. 00751/00752 - carta_01 - INVALIDEZ





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

2 - Nº do sinistro do ASL:

3 - CPF da vítima:

212 470 408-96

4 - Nome completo da vítima:

William Almeida de Barros

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

5 - Nome completo:

William Almeida de Barros

6 - CPF:

212 470 408-96

7 - Profissão:

Ricco

8 - Endereço:

Rua Conquistadora Colonia

9 - Número:

151

10 - Complemento:

2am

11 - Bairro:

Imbuí

12 - Cidade:

Barueri

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

05503-270

15 - E-mail:

barros.william@gmail.com

16 - Tel (DDD):

11 93285-3008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF 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:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00
☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INOENZIÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INOENZIÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUQUÇA (Somente para os bancos abaixo. Anexar uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1890

013

CONTA:

000 3052

4

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e deitando, desde já e semestir 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 não houve incapacidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o cancelamento (a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE LÍNGUAS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Mãe

☐ Pai

☐ Filho(a)

☐ Irmão(a)

☐ Cônjuge

☐ Outros

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

☐ Filhos

☐ Filhas

30 - Vítima deixou herança (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

☐ Filhos

☐ Filhas

33 - Vítima deixou patrimônio (bens)?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a nota/pedido

36 - CPF legível de quem assina a nota/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a nota/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Barueri - 20-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001 V002/2015





CAIXA Loterias CAIXA

298-41988333-4

17/03/2019 HORA DE 10:58:13

LOT: 15.828350-8 TERM 041380

LOCALIZADOR: CARUARU

AS. VINCULADO: 3012

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

1658,00003852-4

NOME: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO
03/10	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
10/10	0,73
13/10	4,81

RESUMO EM 15/10

SALDO	5,54
-------	------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	5,54
SALDO TOTAL	5,54

298-41988333-4

12 VIA

CAIXA Loterias CAIXA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRICAO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000521

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

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/10/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA MERCINA - Bairro: SANTA ROSA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: NÃO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SAMUEL FERREIRA CAMPOS FILHO (OUTRO)
WILLIAN ALMEIDA DE BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEICULO: (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
Mãe: MARIA DO SOCORRO ALMEIDA DE BARROS Data de Nascimento: 17/3/1982 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 151, RUA VENUSTRIANO CORREIA - CEP: 8 - Bairro: SANTA ROSA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

SAMUEL FERREIRA CAMPOS FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIAN ALMEIDA DE BARROS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA 150 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: KHJ4028 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 182510216 Chassi: 9C2JC4110AR012782
Ano Fabricação/Modelo:
08/2019



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade da(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse da(s) Sr(a): 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 PASSAR POR UM BURACO DEVIDO AS MAS CONSERVOES DA VIA PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR E DEVIDO AO ACIDENTE TEVE FRATURAS NA FACE E DANCOS MATERIAIS FOISOCORRIDO PELO SAMU PARA O HRA SOB PRONTUARIO DE NUMERO 341100

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

WILLIAM ALMEIDA DE BARROS
(VITIMA)

William Almeida de Barros

S.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

Lucia
153028-1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro da AS:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

282 430 408 96

William Almeida de Barros

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

5 - Nome completo:

William Almeida de Barros

CPF: 282 430 408 96

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

Rua Condição de Paz

9 - Número:

151

10 - Complemento:

sem

11 - Bairro:

Ima Rosa

12 - Cidade:

Barueri

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55026-270

15 - E-mail:

bar.1511@gmail.com

16 - Telefone:

85 99285 3008

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:

☒ RECUZO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itai (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Informe o banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1890

013

CONTA:

000 3052

4

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme (Lei 5.194/74, art. 34, §1º), declarando que esta utilização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou CIV)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

☐ Cônjuge

☐ Filho

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Irmão

☐ Outros

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

testador (testadora)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

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

34 -

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Barueri - 20-10-2019

William Almeida de Barros

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rosilene Maria da Silva

FPS.001 V002/2019





**SAMU
192**

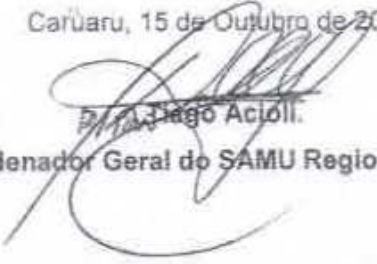


DECLARAÇÃO

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 N°**1906300292** 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: 000000003052-4

Nr. da Autenticação 877F258D972F672E





Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pelo SIAF nº 15.000.000 de 2019/07
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 114 - Boa Vista, Recife - PE - CEP 50050-900
CNPJ nº 06.922.000/0001-00 e Ins. Est. 15.000.000/0001-00

DADOS DO CLIENTE
MARIO SEMENAO DOS SANTOS

CPF: 308.427.884-04

CLASSIFICAÇÃO
ET RESIDENCIAL
BARRA VERDE-CAMARU

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VERDE TRAMON CORREIA 151

578 RUA/CAMARU
CAMARU-PE
55036-270

CONTABILIZADO	07/2019
7014001942	07/2019
22/07/2019	
CNPJ: 06.922.000/0001-00	

DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	VALOR

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN

PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)
PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)

PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)
PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal de Energia Elétrica emitida pelo SIAF nº 15.000.000 de 2019/07. A validade desta cópia é garantida pelo SIAF nº 15.000.000 de 2019/07. A validade desta cópia é garantida pelo SIAF nº 15.000.000 de 2019/07.

PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)
PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)

PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)
PROD	TIPO DA	ANEXO	LEITURA	DIGIT	LEITURA	PROD	CONSUMO	ADJUNTO	CONSUMO (KWH)





225 626 822 904-04 102 12419108001

CLASSIFICAÇÃO
Q1: PESQUISA
Q2: Q3: Q4: Q5: Q6: Q7: Q8: Q9: Q10: Q11: Q12: Q13: Q14: Q15: Q16: Q17: Q18: Q19: Q20: Q21: Q22: Q23: Q24: Q25: Q26: Q27: Q28: Q29: Q30: Q31: Q32: Q33: Q34: Q35: Q36: Q37: Q38: Q39: Q40: Q41: Q42: Q43: Q44: Q45: Q46: Q47: Q48: Q49: Q50: Q51: Q52: Q53: Q54: Q55: Q56: Q57: Q58: Q59: Q60: Q61: Q62: Q63: Q64: Q65: Q66: Q67: Q68: Q69: Q70: Q71: Q72: Q73: Q74: Q75: Q76: Q77: Q78: Q79: Q80: Q81: Q82: Q83: Q84: Q85: Q86: Q87: Q88: Q89: Q90: Q91: Q92: Q93: Q94: Q95: Q96: Q97: Q98: Q99: Q100: Q101: Q102: Q103: Q104: Q105: Q106: Q107: Q108: Q109: Q110: Q111: Q112: Q113: Q114: Q115: Q116: Q117: Q118: Q119: Q120: Q121: Q122: Q123: Q124: Q125: Q126: Q127: Q128: Q129: Q130: Q131: Q132: Q133: Q134: Q135: Q136: Q137: Q138: Q139: Q140: Q141: Q142: Q143: Q144: Q145: Q146: Q147: Q148: Q149: Q150: Q151: Q152: Q153: Q154: Q155: Q156: Q157: Q158: Q159: Q160: Q161: Q162: Q163: Q164: Q165: Q166: Q167: Q168: Q169: Q170: Q171: Q172: Q173: Q174: Q175: Q176: Q177: Q178: Q179: Q180: Q181: Q182: Q183: Q184: Q185: Q186: Q187: Q188: Q189: Q190: Q191: Q192: Q193: Q194: Q195: Q196: Q197: Q198: Q199: Q200: Q201: Q202: Q203: Q204: Q205: Q206: Q207: Q208: Q209: Q210: Q211: Q212: Q213: Q214: Q215: Q216: Q217: Q218: Q219: Q220: Q221: Q222: Q223: Q224: Q225: Q226: Q227: Q228: Q229: Q230: Q231: Q232: Q233: Q234: Q235: Q236: Q237: Q238: Q239: Q240: Q241: Q242: Q243: Q244: Q245: Q246: Q247: Q248: Q249: Q250: Q251: Q252: Q253: Q254: Q255: Q256: Q257: Q258: Q259: Q260: Q261: Q262: Q263: Q264: Q265: Q266: Q267: Q268: Q269: Q270: Q271: Q272: Q273: Q274: Q275: Q276: Q277: Q278: Q279: Q280: Q281: Q282: Q283: Q284: Q285: Q286: Q287: Q288: Q289: Q290: Q291: Q292: Q293: Q294: Q295: Q296: Q297: Q298: Q299: Q300: Q301: Q302: Q303: Q304: Q305: Q306: Q307: Q308: Q309: Q310: Q311: Q312: Q313: Q314: Q315: Q316: Q317: Q318: Q319: Q320: Q321: Q322: Q323: Q324: Q325: Q326: Q327: Q328: Q329: Q330: Q331: Q332: Q333: Q334: Q335: Q336: Q337: Q338: Q339: Q340: Q341: Q342: Q343: Q344: Q345: Q346: Q347: Q348: Q349: Q350: Q351: Q352: Q353: Q354: Q355: Q356: Q357: Q358: Q359: Q360: Q361: Q362: Q363: Q364: Q365: Q366: Q367: Q368: Q369: Q370: Q371: Q372: Q373: Q374: Q375: Q376: Q377: Q378: Q379: Q380: Q381: Q382: Q383: Q384: Q385: Q386: Q387: Q388: Q389: Q390: Q391: Q392: Q393: Q394: Q395: Q396: Q397: Q398: Q399: Q400: Q401: Q402: Q403: Q404: Q405: Q406: Q407: Q408: Q409: Q410: Q411: Q412: Q413: Q414: Q415: Q416: Q417: Q418: Q419: Q420: Q421: Q422: Q423: Q424: Q425: Q426: Q427: Q428: Q429: Q430: Q431: Q432: Q433: Q434: Q435: Q436: Q437: Q438: Q439: Q440: Q441: Q442: Q443: Q444: Q445: Q446: Q447: Q448: Q449: Q450: Q451: Q452: Q453: Q454: Q455: Q456: Q457: Q458: Q459: Q460: Q461: Q462: Q463: Q464: Q465: Q466: Q467: Q468: Q469: Q470: Q471: Q472: Q473: Q474: Q475: Q476: Q477: Q478: Q479: Q480: Q481: Q482: Q483: Q484: Q485: Q486: Q487: Q488: Q489: Q490: Q491: Q492: Q493: Q494: Q495: Q496: Q497: Q498: Q499: Q500: Q501: Q502: Q503: Q504: Q505: Q506: Q507: Q508: Q509: Q510: Q511: Q512: Q513: Q514: Q515: Q516: Q517: Q518: Q519: Q520: Q521: Q522: Q523: Q524: Q525: Q526: Q527: Q528: Q529: Q530: Q531: Q532: Q533: Q534: Q535: Q536: Q537: Q538: Q539: Q540: Q541: Q542: Q543: Q544: Q545: Q546: Q547: Q548: Q549: Q550: Q551: Q552: Q553: Q554: Q555: Q556: Q557: Q558: Q559: Q560: Q561: Q562: Q563: Q564: Q565: Q566: Q567: Q568: Q569: Q570: Q571: Q572: Q573: Q574: Q575: Q576: Q577: Q578: Q579: Q580: Q581: Q582: Q583: Q584: Q585: Q586: Q587: Q588: Q589: Q590: Q591: Q592: Q593: Q594: Q595: Q596: Q597: Q598: Q599: Q600: Q601: Q602: Q603: Q604: Q605: Q606: Q607: Q608: Q609: Q610: Q611: Q612: Q613: Q614: Q615: Q616: Q617: Q618: Q619: Q620: Q621: Q622: Q623: Q624: Q625: Q626: Q627: Q628: Q629: Q630: Q631: Q632: Q633: Q634: Q635: Q636: Q637: Q638: Q639: Q640: Q641: Q642: Q643: Q644: Q645: Q646: Q647: Q648: Q649: Q650: Q651: Q652: Q653: Q654: Q655: Q656: Q657: Q658: Q659: Q660: Q661: Q662: Q663: Q664: Q665: Q666: Q667: Q668: Q669: Q670: Q671: Q672: Q673: Q674: Q675: Q676: Q677: Q678: Q679: Q680: Q681: Q682: Q683: Q684: Q685: Q686: Q687: Q688: Q689: Q690: Q691: Q692: Q693: Q694: Q695: Q696: Q697: Q698: Q699: Q700: Q701: Q702: Q703: Q704: Q705: Q706: Q707: Q708: Q709: Q710: Q711: Q712: Q713: Q714: Q715: Q716: Q717: Q718: Q719: Q720: Q721: Q722: Q723: Q724: Q725: Q726: Q727: Q728: Q729: Q730: Q731: Q732: Q733: Q734: Q735: Q736: Q737: Q738: Q739: Q740: Q741: Q742: Q743: Q744: Q745: Q746: Q747: Q748: Q749: Q750: Q751: Q752: Q753: Q754: Q755: Q756: Q757: Q758: Q759: Q760: Q761: Q762: Q763: Q764: Q765: Q766: Q767: Q768: Q769: Q770: Q771: Q772: Q773: Q774: Q775: Q776: Q777: Q778: Q779: Q780: Q781: Q782: Q783: Q784: Q785: Q786: Q787: Q788: Q789: Q790: Q791: Q792: Q793: Q794: Q795: Q796: Q797: Q798: Q799: Q800: Q801: Q802: Q803: Q804: Q805: Q806: Q807: Q808: Q809: Q810: Q811: Q812: Q813: Q814: Q815: Q816: Q817: Q818: Q819: Q820: Q821: Q822: Q823: Q824: Q825: Q826: Q827: Q828: Q829: Q830: Q831: Q832: Q833: Q834: Q835: Q836: Q837: Q8

[illegible][illegible]

Fonte: Sistema de Energia Elétrica do Estado de São Paulo (SEE/SP), de 26/04/2012.

Companhia Brasileira de Ferrovias
 Av. João de Barros, 111, São José, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 15.938.330/0001-48 | Tel: 51.30034-30 | www.cbf.com.br

EXIBIÇÃO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RICARDO PULR 312

SAC FRANCISCO (100-450000)
CAGUAS (100-450000)
ESQUG-000

CASE NO. 10-00000000
DATE 10/20/19
TIME 10/20/19
LOCATION 12/11/2019
ID# B1

DATA	VALOR (R\$)	RECEITA (R\$)	VALOR (R\$)
15/04/2018	2001204870	00	8,11
		02.00000000	33,45
		70.99999999	45,21
		05.00000000	0,86
			4,20
			11,18
			0,83
			0,20
			1,8
			0,0

TOTAL DA FICHA:

TOTAL DAFTAR							
NO	NO DAFTAR	NO DAFTAR	NO DAFTAR	NO DAFTAR	NO DAFTAR	NO DAFTAR	NO DAFTAR
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43	43	43	43
44	44	44	44	44	44	44	44
45	45	45	45	45	45	45	45
46	46	46	46	46	46	46	46
47	47	47	47	47	47	47	47
48	48	48	48	48	48	48	48
49	49	49	49	49	49	49	49
50	50	50	50	50	50	50	50
51	51	51	51	51	51	51	51
52	52	52	52	52	52	52	52
53	53	53	53	53	53	53	53
54	54	54	54	54	54	54	54
55	55	55	55	55	55	55	55
56	56	56	56	56	56	56	56
57	57	57	57	57	57	57	57
58							

[illegible]

Il est évident que la situation est très grave. Les autorités locales ont été informées de la situation et ont pris des mesures pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les services de secours sont en place pour aider les personnes affectées. Les autorités nationales ont également été informées de la situation et ont pris des mesures pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les services de secours sont en place pour aider les personnes affectées. Les autorités nationales ont également été informées de la situation et ont pris des mesures pour assurer la sécurité des personnes et des biens. Les services de secours sont en place pour aider les personnes affectées.

EMPRESA	VALOR SALARIO	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00
200	0,00	0,00	0,00	0,00
700	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,00	0,00	0,00	0,00

1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000

EMPRESA	VALOR SALARIO	VALOR MENSAL	VALOR TRIMESTRAL	VALOR ANUAL
1.000.000	0,00	0,00	0,00	0,00
200	0,00	0,00	0,00	0,00
700	0,00	0,00	0,00	0,00
2000	0,00	0,00	0,00	0,00

1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000 1.000.000 7.720 20.000

83426000001-0 04810011000-7 82685001770-1 1427491043-2





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.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)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouidória: 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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTOS/ASPX771FO=1&CDODIG=29526>

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

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

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.132/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.170.884, / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

William Almeida de Barros inscrito (a) no CPF sob o nº 222.470.408, 96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima William Almeida de Barros

inscrito (a) no CPF sob o nº 222.470, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA RICARDO PILAR	Número: 332	Complemento: CASA
Cidade: SÃO FRANCISCO	Estado: PE	CEP: 55.000-000
E-mail: rose.silva.seguros@hotmail.com		Tel (DDD): 81 99285-3008

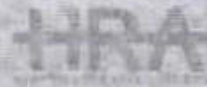
Local e Data: CARUARU, 20 - 10 - 2019

Rosilene Margarida da Silva
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS Atendimento: 521760 Prontuário: 341100
Data Nasc: 18/01/1978 Idade: 42 Anos Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA Religião:
CPF: 116.912.2-00 RG: CNB:
Endereço: RUA: MEDINA Cidade: CARUARU Nº: 034
Bairro: SANTA ROSA CEP: 55024-000 Fone: 37189400 Profissão:
Nome da Mãe: LUCIENNE ALMEIDA DE BARROS Estado: PE
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: QUEÇA DE MOTO
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 10/10/2020 Hora: 19:49 Médico: ME RODRIGUES

Queixa Principal: HDA

Prontuário: Continuação de trauma - queda de moto - lesão mandibular
lesão de fratura de mandíbula - fratura de maxila superior
lesão de fratura de maxila inferior - fratura de maxila inferior

Exame Físico: Lesão mandibular - fratura de mandíbula - fratura de maxila superior - fratura de maxila inferior

Exame de Fratura: Lesão mandibular - fratura de mandíbula - fratura de maxila superior - fratura de maxila inferior

Exame de Fratura: Lesão mandibular - fratura de mandíbula - fratura de maxila superior - fratura de maxila inferior

Diag. Provisório: HDA - Trauma

Exame de Fratura: Lesão mandibular - fratura de mandíbula - fratura de maxila superior - fratura de maxila inferior

Dr. Rodrigo Tavares
Cirurgião Geral
CRM 27394

Prescrição:

Dieta:

Medicamento	Horário
1. Dose: 100mg	10:00
2. Dose: 100mg	12:00
3. Dose: 100mg	14:00
4. Dose: 100mg	16:00
5. Dose: 100mg	18:00
6. Dose: 100mg	20:00
7. Dose: 100mg	22:00
8. Dose: 100mg	00:00
9. Dose: 100mg	02:00
10. Dose: 100mg	04:00
11. Dose: 100mg	06:00
12. Dose: 100mg	08:00
13. Dose: 100mg	10:00
14. Dose: 100mg	12:00
15. Dose: 100mg	14:00
16. Dose: 100mg	16:00
17. Dose: 100mg	18:00
18. Dose: 100mg	20:00
19. Dose: 100mg	22:00
20. Dose: 100mg	00:00
21. Dose: 100mg	02:00
22. Dose: 100mg	04:00
23. Dose: 100mg	06:00
24. Dose: 100mg	08:00
25. Dose: 100mg	10:00
26. Dose: 100mg	12:00
27. Dose: 100mg	14:00
28. Dose: 100mg	16:00
29. Dose: 100mg	18:00
30. Dose: 100mg	20:00
31. Dose: 100mg	22:00
32. Dose: 100mg	00:00
33. Dose: 100mg	02:00
34. Dose: 100mg	04:00
35. Dose: 100mg	06:00
36. Dose: 100mg	08:00
37. Dose: 100mg	10:00
38. Dose: 100mg	12:00
39. Dose: 100mg	14:00
40. Dose: 100mg	16:00
41. Dose: 100mg	18:00
42. Dose: 100mg	20:00
43. Dose: 100mg	22:00
44. Dose: 100mg	00:00
45. Dose: 100mg	02:00
46. Dose: 100mg	04:00
47. Dose: 100mg	06:00
48. Dose: 100mg	08:00
49. Dose: 100mg	10:00
50. Dose: 100mg	12:00
51. Dose: 100mg	14:00
52. Dose: 100mg	16:00
53. Dose: 100mg	18:00
54. Dose: 100mg	20:00
55. Dose: 100mg	22:00
56. Dose: 100mg	00:00
57. Dose: 100mg	02:00
58. Dose: 100mg	04:00
59. Dose: 100mg	06:00
60. Dose: 100mg	08:00
61. Dose: 100mg	10:00
62. Dose: 100mg	12:00
63. Dose: 100mg	14:00
64. Dose: 100mg	16:00
65. Dose: 100mg	18:00
66. Dose: 100mg	20:00
67. Dose: 100mg	22:00
68. Dose: 100mg	00:00
69. Dose: 100mg	02:00
70. Dose: 100mg	04:00
71. Dose: 100mg	06:00
72. Dose: 100mg	08:00
73. Dose: 100mg	10:00
74. Dose: 100mg	12:00
75. Dose: 100mg	14:00
76. Dose: 100mg	16:00
77. Dose: 100mg	18:00
78. Dose: 100mg	20:00
79. Dose: 100mg	22:00
80. Dose: 100mg	00:00
81. Dose: 100mg	02:00
82. Dose: 100mg	04:00
83. Dose: 100mg	06:00
84. Dose: 100mg	08:00
85. Dose: 100mg	10:00
86. Dose: 100mg	12:00
87. Dose: 100mg	14:00
88. Dose: 100mg	16:00
89. Dose: 100mg	18:00
90. Dose: 100mg	20:00
91. Dose: 100mg	22:00
92. Dose: 100mg	00:00
93. Dose: 100mg	02:00
94. Dose: 100mg	04:00
95. Dose: 100mg	06:00
96. Dose: 100mg	08:00
97. Dose: 100mg	10:00
98. Dose: 100mg	12:00
99. Dose: 100mg	14:00
100. Dose: 100mg	16:00

Dr. Rodrigo Tavares
Cirurgião Geral
CRM 27394



AT-1521376

[illegible]

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Segurança



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE			
Atividade: <u>INTERVISÃO DE BARRIO</u>		Nº do Registro: <u>25/1100</u>	
Local: <u>PERDAMBULO</u>		Módulo: <u></u>	
Tema: <u>INTERVISÃO DE BARRIO</u>			
1ª Atividade: <u>ANÁLISE DE BARRIO</u>		2ª Atividade: <u></u>	
Objetivo: <u></u>		Atividade: <u></u>	
Avaliação: <u>LOCAL</u>		Descrição: <u></u>	
Data da Operação: <u>20/11/2019</u>		Turno: <u></u>	
Objeto da Atividade: <u>INTERVISÃO DE BARRIO DE MANIPULADA + COMPLEXO</u>			
<u>ELIMINATÓRIO + EXTENSÃO TERCEIRO CAS. ORAL</u>			
Observações: <u>INTERVISÃO</u>			
Observações: <u>INTERVISÃO DE BARRIO DE MANIPULADA</u>			
<u>+ FTD COMPLEXO DE EXTENSÃO TERCEIRO CAS. ORAL</u>			
Observações: <u>INTERVISÃO</u>			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① PRELIMINAR DE MANIPULADA
- ② INTERVISÃO DE BARRIO + ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA
- ③ ANÁLISE DE BARRIO (INTERVISÃO + ANÁLISE DE BARRIO + ANÁLISE DE BARRIO)
- ④ ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA
- ⑤ ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA
- ⑥ ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA
- ⑦ ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA
- ⑧ ANÁLISE DE BARRIO DE MANIPULADA




EVOLUÇÃO CLÍNICA

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

cellular (Monoclonal Cell Lines)

Registro N° 245300

205 七

Lote N.º 68

EVOLUÇÃO

61544

$H \cong \mathbb{Q}[H] \cong \mathbb{Z}[\mathbb{Q}] \cong$ l'anneau des entiers rationnels.
Il est $\mathbb{Z}$ -noetherien (3).

A primeira atividade de avaliação multidisciplinar, denominada de
 "Exame de Qualificação", tem como objetivo avaliar o conhecimento
 dos alunos em relação aos conteúdos de todas as disciplinas.
 O exame é realizado no início do curso, com duração de 4 horas,
 sendo dividido em duas partes. A primeira parte contém questões
 de múltipla escolha, abrangendo todos os conteúdos das disciplinas
 de base. A segunda parte contém questões de resposta curta, com
 duração de 1 hora, abrangendo apenas os conteúdos das disciplinas
 de base. O exame é realizado em uma sala de aula, com a presença
 de todos os alunos e professores. O resultado do exame é utilizado
 para a seleção dos alunos que irão participar do curso.

500,000,000

© 1995

El Aguado humilde



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: William Almeida de Barros

Nº Registro: 341100

Clínica: 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

Início:

Término:

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

Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo

Operação Proposta: Osteossíntese de Fratura de parassinfise mandibular B

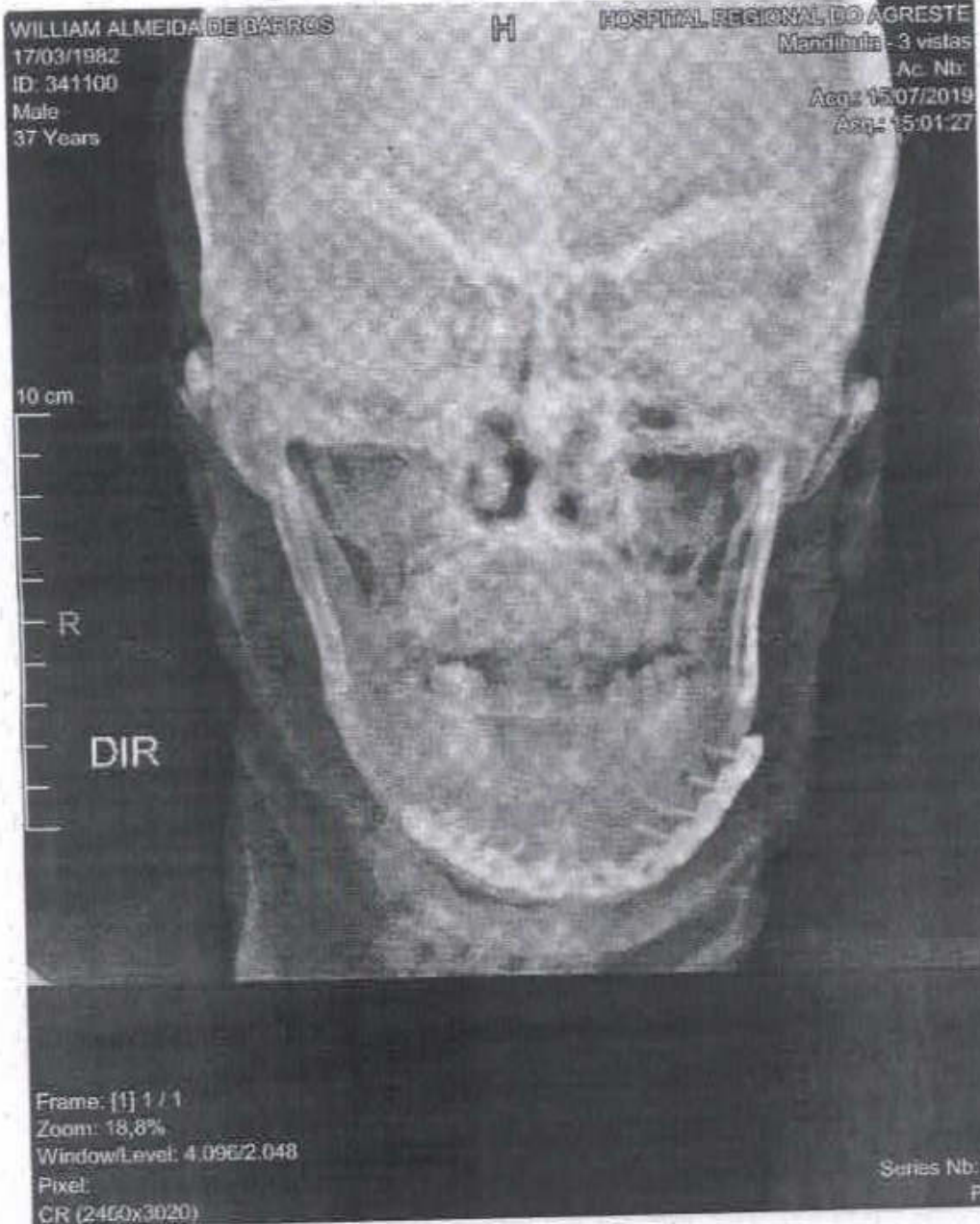
Operação Realizada: A mesma

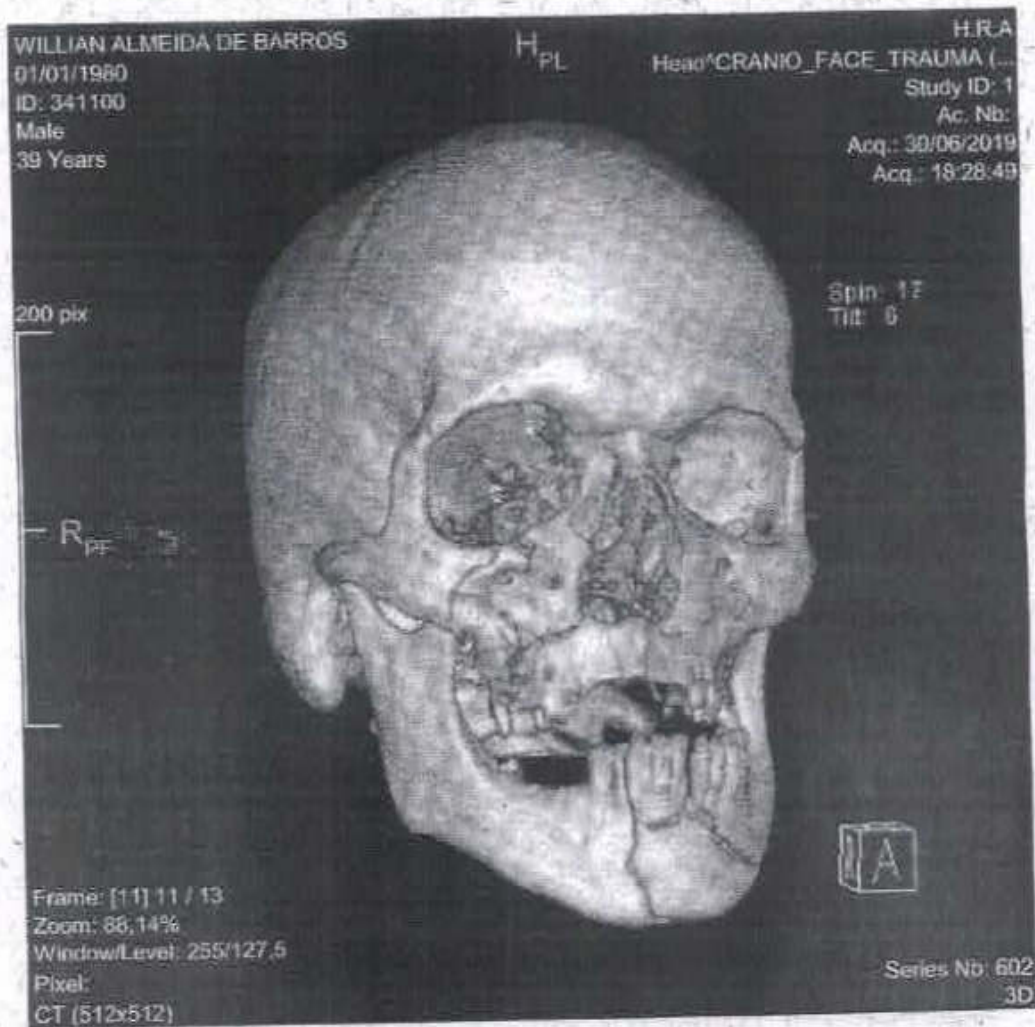
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

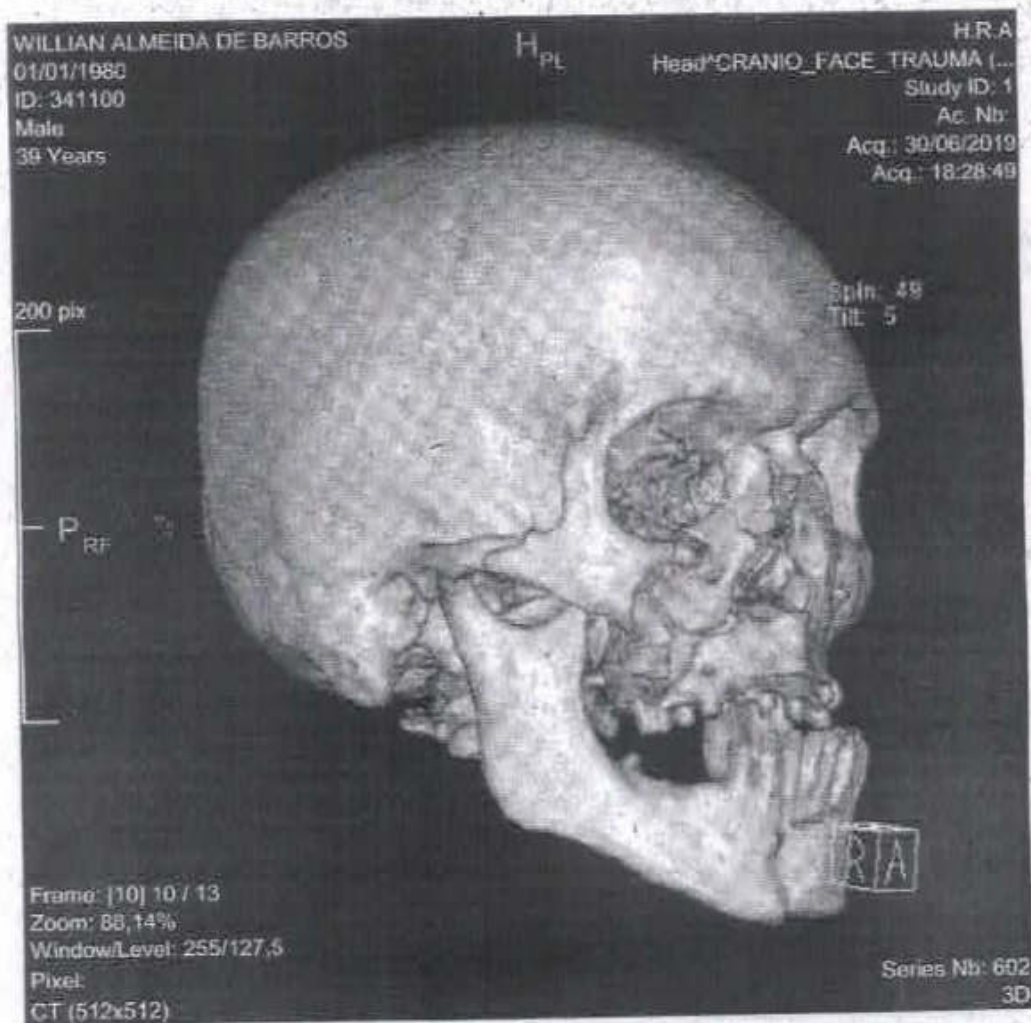
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL, SOB ANESTESIA GERAL;
2. ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS;
3. ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA C/ LIDOCAÍNA C/V + INSTALAÇÃO DE TAMPÃO OROFARÍNGEO;
4. INCISÃO + DIVULSÃO + EXPOSIÇÃO DOS TRAÇOS DE FRATURA ATRAVÉS DE ACESSO SUBMANDIBULAR (RISDON) EM MANDÍBULA BILATERAL;
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 OROFARÍNGEO;
10. CURATIVO.

Arnaldo Brito Filho
Cirurgião Buco Maxilo Facial
19963











REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETNUM - PE Nº 014358349303
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD RENAVAM 1020102105 / DATA 04/04/2014

VEÍCULO: CAMIONETTA FORD F1500 F1500

CAUJARI-PE

CHASSI: 102 317 369-35

PLACA: 4034389

PLACA ANTIGA: 4034389

DATA: 02/04/2014

ESPECIFICACAO: 102 317 369-35

COMBUSTIVEL: 2020102105

MARKA/MODELO: HONDA/CB 125 FAN KS

ANO FAB: 2003

ANO REG: 2014

CARVETOR: 102 317 369-35

CATEGORIA: 2020102105

COD RENOVACAO: 102 317 369-35

COTA UNICA: 102 317 369-35

RENCO COTA UNICA: 102 317 369-35

RENCO COTA UNICA: 102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

DE Nº 014358349303 VILLETE DE REGISTRO DPVAT

SENGEL CARREIRA CAMPOS FILHO

ESTE É O SEN VILLETE DO REGISTRO DPVAT
PARA MANUTENÇÃO, LÍQUIDAÇÃO E
RENOVAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES

DATA DE EMISSÃO: 02/04/2014

CAUJARI-PE

EXERCÍCIO: 2014

DATA EMISSÃO: 02/04/2014

102 317 369-35

PLACA: 4034389

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

102 317 369-35

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 35461617, CPF/MF nº 222 470 408-96, com
endereço residencial na Rua: Demétrio de Aguiar, 151
Santa Rosa
Caruaru - PE

OUTORGADO:

Nome: Rosilene Araújo da Silva
brasileira (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000-356
CPF/MF nº 029170 884-60, com endereço residencial na
Ricardo Palar, 332
São Francisco
Caruaru - PE

PODERES:

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

Caruaru, 27 de outubro de 2019.



William Almeida de Barros

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367354/19

Vítima: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

CPF: 222.470.408-96

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

CPF de: Próprio

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLIAM ALMEIDA DE BARROS

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

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn 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

Valoração 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

