



28/01/2021

Número: **0042873-80.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74244575	28/01/2021 14:29	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 4020-1595 (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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

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.

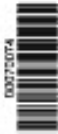
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 0014700148 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15220075





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 4020-1595 (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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

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

Pep-0031100312 - carta_01 - INVAL 30/2



Carta nº 15220931





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 4020-1595 (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, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007922

Conta: 0000015289-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 016370/038 - cart_153 - INVAL.P52





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 4020-1595 (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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0119701158 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 15340802





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 4020-1595 (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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag: 1003700238 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 15465969





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Qual o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ OBITO (DESPEJAS) DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do registro do RSC: 114.203.729-08 4 - Nome completo da vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

RELEVANTE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FORMA DE REGISTRO NACIONAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPREP Nº 148/2013

5 - Nome completo: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES 6 - CPF: 114.203.729-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO COQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARIQUENDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - IM (INSC) 17.999.6-7907

UNION DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Tutor e Curador) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

Dados, após o fim da vida da vítima, registrar no envelope acima informado, conforme campo abaixo (ANEXAR CÓPIA).

20 - NÚMERO NACIONAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$3.001,00 ATE R\$3.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ INVESTIMENTO NA INCENTIVAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCENTIVAÇÃO (Pai, Tutor, Curador, Tutor)

☐ CONTA POUPANÇA (Exclusivo para o Beneficiário Adulto - uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Tudo o que quiser)

☐ Residência (CPF) ☐ Cédula (IM) Nome do BANCO: ITAU

☐ Número Brasil (900) ☐ Caixa Econômica Federal (CEP) Agência: 7923 CONTA: 15289 (2)

Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador Informe o dígito verificador

Atenção: o titular da conta é credor da conta bancária informada, de mesma titularidade, o valor da indenização/pensão do Seguro DPVAT é pago em favor do titular, encaminhando-se, desde já, o valor da indenização/pensão para a transferência da conta, quando total do valor recebido.

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

O titular, sob as penas da lei, que esta declaração é de expressão o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob pena de responder por crime de falsidade.

☒ Não foi IML que atestou a origem do acidente ou da minha residência ou

☐ O IML, que atestou a origem do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT ou

☐ O IML, que atestou a origem do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeitos de avaliação, subscrito o requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, este não impede a avaliação médica de laudo do Segurado LIDER para verificação da ocorrência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 2.247/64, art. 3º, §1º, e/ou, quando não esta avaliação não significa prejuízo com relação a futura avaliação médica do IML para fins de indenização do Seguro DPVAT, caso contrário de sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Situação civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Separado(a) ☐ Viúvo(a) 24 - Data do casamento: 25 - Data do divórcio: 26 - Data da morte: 27 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo:

28 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

25 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 27 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 28 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 28 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 28 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

28 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

30 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

31 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se a vítima deixou dependente(s), informar o nome completo: 33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

33 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

34 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

35 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

36 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

37 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

38 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

39 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

40 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

41 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

42 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

43 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

44 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

45 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

46 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

47 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

48 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

49 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

50 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

51 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

52 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

53 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

54 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

55 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

56 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

57 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

58 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

59 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

60 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

61 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

62 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

63 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

64 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

65 - Situação da vítima: ☐ Sim ☐ Não

42 - Local e Data: ARIQUENDE 04 DEZEMBRO 2019

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (se beneficiário): WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

44 - Assinatura do representante legal (se houver): MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

45 - Assinatura do testemunha (se houver):

46 - Assinatura do testemunha (se houver):

47 - Assinatura do testemunha (se houver):

48 - Assinatura do testemunha (se houver):

49 - Assinatura do testemunha (se houver):

50 - Assinatura do testemunha (se houver):

51 - Assinatura do testemunha (se houver):

52 - Assinatura do testemunha (se houver):

53 - Assinatura do testemunha (se houver):

54 - Assinatura do testemunha (se houver):

55 - Assinatura do testemunha (se houver):

56 - Assinatura do testemunha (se houver):

57 - Assinatura do testemunha (se houver):

58 - Assinatura do testemunha (se houver):

59 - Assinatura do testemunha (se houver):

60 - Assinatura do testemunha (se houver):

61 - Assinatura do testemunha (se houver):

62 - Assinatura do testemunha (se houver):

63 - Assinatura do testemunha (se houver):

64 - Assinatura do testemunha (se houver):

65 - Assinatura do testemunha (se houver):





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declara-se (se) beneficiário de cobertura: ☐ OBRIGADO (DESPESA) DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - CPF do segurado: 114.203.729-08 4 - Nome completo do segurado: WALVSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

RELEVANTE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS (FORMA DE REGISTRO NACIONAL DA PESSOA FÍSICA (NITMA)/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPREMA Nº 10/2013

5 - Nome completo: WALVSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES 6 - CPF: 114.203.729-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO COQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARIQUENDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - IM (INSC): 01198996-7907

UNION DO REPRESENTANTE LEGAL (PAGAR, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

DADOS DO SEGURO DPVAT (se for de acidente, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente abaixo (ANEXAR CÓPIA))

20 - NÚMERO NACIONAL DO TITULAR DO CONTRATO: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATE R\$25.000,00 ☐ ACIMA DE R\$25.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATE R\$2.500,00 ☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.000,00 ATE R\$25.000,00 ☐ ACIMA DE R\$25.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BANCÁRIO (se for de acidente, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente abaixo (ANEXAR CÓPIA)) ☒ CORRENTE (se for de acidente, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente abaixo (ANEXAR CÓPIA))

☐ CONTA POUPEIRAS (se for de acidente, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente abaixo (ANEXAR CÓPIA)) ☒ CONTA CORRENTE (se for de acidente, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente abaixo (ANEXAR CÓPIA))
☐ Residência (CPF) ☐ Não (IM) ☐ Residência (CPF) ☐ Não (IM)
☐ Residência (CPF) ☐ Não (IM) ☐ Residência (CPF) ☐ Não (IM)

AGÊNCIA: 7923 CONTA: 15289 (2)
Informe o dígito verificador: Informe o dígito verificador: Informe o dígito verificador: Informe o dígito verificador:

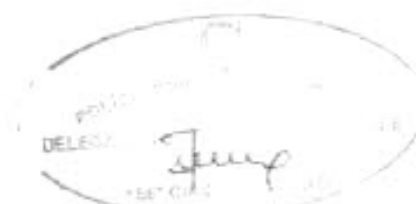
Atenção: o Segurado deve ser titular de uma conta bancária informada, de sua titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT é pago em favor da conta, encaminhando-se dentro, desde que o segurado não tenha sido informado da condição, quitação total do valor recebido.

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

O segurado, sob as penas da lei, que não possui incapacidade ou de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para se fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, sob pena de responder criminalmente por falsidade.

☒ Não há IML que ateste a condição de acidente ou de doença profissional ou de doença relacionada ao trabalho, ou
☐ O IML, que ateste a condição de acidente ou de doença profissional ou de doença relacionada ao trabalho, não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT, ou
☐ O IML, que ateste a condição de acidente ou de doença profissional ou de doença relacionada ao trabalho, realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Para efeitos de avaliação, o segurado ou representante legal do segurado, por ocasião do requerimento do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, deve apresentar documentação comprobatória de que não há IML que ateste a condição de acidente ou de doença profissional ou de doença relacionada ao trabalho, conforme Lei 2.247/74, art. 3º, §1º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §2º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §3º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §4º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §5º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §6º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §7º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §8º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §9º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §10º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §11º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §12º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §13º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §14º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §15º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §16º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §17º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §18º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §19º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §20º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §21º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §22º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §23º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §24º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §25º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §26º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §27º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §28º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §29º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §30º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §31º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §32º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §33º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §34º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §35º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §36º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §37º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §38º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §39º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §40º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §41º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §42º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §43º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §44º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §45º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §46º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §47º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §48º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §49º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §50º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §51º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §52º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §53º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §54º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §55º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §56º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §57º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §58º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §59º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §60º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §61º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §62º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §63º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §64º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §65º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §66º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §67º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §68º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §69º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §70º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §71º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §72º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §73º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §74º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §75º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §76º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §77º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §78º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §79º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §80º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §81º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §82º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §83º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §84º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §85º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §86º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §87º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §88º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §89º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §90º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §91º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §92º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §93º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §94º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §95º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §96º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §97º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §98º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §99º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §100º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §101º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §102º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §103º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §104º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §105º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §106º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §107º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §108º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §109º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §110º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §111º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §112º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §113º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §114º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §115º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §116º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §117º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §118º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §119º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §120º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §121º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §122º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §123º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §124º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §125º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §126º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §127º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §128º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §129º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §130º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §131º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §132º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §133º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §134º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §135º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §136º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §137º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §138º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §139º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §140º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §141º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §142º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §143º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §144º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §145º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §146º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §147º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §148º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §149º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §150º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §151º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §152º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §153º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §154º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §155º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §156º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §157º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §158º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §159º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §160º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §161º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §162º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §163º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §164º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §165º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §166º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §167º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §168º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §169º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §170º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §171º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §172º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §173º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §174º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §175º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §176º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §177º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §178º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §179º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §180º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §181º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §182º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §183º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §184º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §185º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §186º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §187º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §188º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §189º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §190º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §191º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §192º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §193º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §194º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §195º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §196º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §197º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §198º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §199º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §200º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §201º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §202º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §203º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §204º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §205º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §206º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §207º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §208º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §209º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §210º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §211º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §212º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §213º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §214º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §215º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §216º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §217º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §218º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §219º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §220º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §221º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §222º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §223º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §224º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §225º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §226º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §227º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §228º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §229º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §230º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §231º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §232º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §233º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §234º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §235º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §236º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §237º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §238º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §239º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §240º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §241º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §242º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §243º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §244º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §245º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §246º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §247º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §248º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §249º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §250º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §251º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §252º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §253º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §254º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §255º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §256º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §257º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §258º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §259º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §260º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §261º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §262º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §263º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §264º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §265º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §266º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §267º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §268º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §269º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §270º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §271º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §272º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §273º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §274º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §275º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §276º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §277º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §278º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §279º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §280º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §281º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §282º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §283º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §284º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §285º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §286º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §287º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §288º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §289º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §290º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §291º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §292º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §293º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §294º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §295º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §296º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §297º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §298º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §299º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §300º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §301º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §302º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §303º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §304º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §305º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §306º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §307º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §308º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §309º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §310º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §311º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §312º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §313º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §314º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §315º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §316º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §317º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §318º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §319º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §320º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §321º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §322º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §323º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §324º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §325º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §326º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §327º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §328º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §329º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §330º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §331º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §332º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §333º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §334º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §335º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §336º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §337º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §338º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §339º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §340º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §341º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §342º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §343º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §344º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §345º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §346º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §347º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §348º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §349º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §350º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §351º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §352º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §353º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §354º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §355º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §356º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §357º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §358º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §359º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §360º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §361º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §362º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §363º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §364º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §365º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §366º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §367º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §368º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §369º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §370º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §371º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §372º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §373º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §374º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §375º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §376º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §377º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §378º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §379º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §380º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §381º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §382º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §383º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §384º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §385º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §386º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §387º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §388º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §389º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §390º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §391º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §392º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §393º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §394º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §395º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §396º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §397º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §398º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §399º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §400º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §401º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §402º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §403º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §404º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §405º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §406º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §407º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §408º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §409º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §410º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §411º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §412º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §413º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §414º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §415º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §416º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §417º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §418º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §419º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §420º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §421º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §422º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §423º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §424º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §425º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §426º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §427º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §428º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §429º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §430º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §431º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §432º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §433º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §434º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §435º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §436º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §437º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §438º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §439º, e Lei 2.247/74, art. 3º, §440º, e Lei 2.247/74, art. 3



BALANÇO DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0246002930

*** = 1% level of significance; ** = 5% level of significance; * = 10% level of significance. The results are based on the following regression equation: $\ln Y = \alpha + \beta_1 \ln X_1 + \beta_2 \ln X_2 + \beta_3 \ln X_3 + \beta_4 \ln X_4 + \beta_5 \ln X_5 + \beta_6 \ln X_6 + \beta_7 \ln X_7 + \beta_8 \ln X_8 + \beta_9 \ln X_9 + \beta_{10} \ln X_{10} + \beta_{11} \ln X_{11} + \beta_{12} \ln X_{12} + \beta_{13} \ln X_{13} + \beta_{14} \ln X_{14} + \beta_{15} \ln X_{15} + \beta_{16} \ln X_{16} + \beta_{17} \ln X_{17} + \beta_{18} \ln X_{18} + \beta_{19} \ln X_{19} + \beta_{20} \ln X_{20} + \beta_{21} \ln X_{21} + \beta_{22} \ln X_{22} + \beta_{23} \ln X_{24} + \beta_{24} \ln X_{25} + \beta_{25} \ln X_{26} + \beta_{26} \ln X_{27} + \beta_{27} \ln X_{28} + \beta_{28} \ln X_{29} + \beta_{29} \ln X_{30} + \beta_{30} \ln X_{31} + \beta_{31} \ln X_{32} + \beta_{32} \ln X_{33} + \beta_{33} \ln X_{34} + \beta_{34} \ln X_{35} + \beta_{35} \ln X_{36} + \beta_{36} \ln X_{37} + \beta_{37} \ln X_{38} + \beta_{38} \ln X_{39} + \beta_{39} \ln X_{40} + \beta_{40} \ln X_{41} + \beta_{41} \ln X_{42} + \beta_{42} \ln X_{43} + \beta_{43} \ln X_{44} + \beta_{44} \ln X_{45} + \beta_{45} \ln X_{46} + \beta_{46} \ln X_{47} + \beta_{47} \ln X_{48} + \beta_{48} \ln X_{49} + \beta_{49} \ln X_{50} + \beta_{50} \ln X_{51} + \beta_{51} \ln X_{52} + \beta_{52} \ln X_{53} + \beta_{53} \ln X_{54} + \beta_{54} \ln X_{55} + \beta_{55} \ln X_{56} + \beta_{56} \ln X_{57} + \beta_{57} \ln X_{58} + \beta_{58} \ln X_{59} + \beta_{59} \ln X_{60} + \beta_{60} \ln X_{61} + \beta_{61} \ln X_{62} + \beta_{62} \ln X_{63} + \beta_{63} \ln X_{64} + \beta_{64} \ln X_{65} + \beta_{65} \ln X_{66} + \beta_{66} \ln X_{67} + \beta_{67} \ln X_{68} + \beta_{68} \ln X_{69} + \beta_{69} \ln X_{70} + \beta_{70} \ln X_{71} + \beta_{71} \ln X_{72} + \beta_{72} \ln X_{73} + \beta_{73} \ln X_{74} + \beta_{74} \ln X_{75} + \beta_{75} \ln X_{76} + \beta_{76} \ln X_{77} + \beta_{77} \ln X_{78} + \beta_{78} \ln X_{79} + \beta_{79} \ln X_{80} + \beta_{80} \ln X_{81} + \beta_{81} \ln X_{82} + \beta_{82} \ln X_{83} + \beta_{83} \ln X_{84} + \beta_{84} \ln X_{85} + \beta_{85} \ln X_{86} + \beta_{86} \ln X_{87} + \beta_{87} \ln X_{88} + \beta_{88} \ln X_{89} + \beta_{89} \ln X_{90} + \beta_{90} \ln X_{91} + \beta_{91} \ln X_{92} + \beta_{92} \ln X_{93} + \beta_{93} \ln X_{94} + \beta_{94} \ln X_{95} + \beta_{95} \ln X_{96} + \beta_{96} \ln X_{97} + \beta_{97} \ln X_{98} + \beta_{98} \ln X_{99} + \beta_{99} \ln X_{100} + \beta_{100} \ln X_{101} + \beta_{101} \ln X_{102} + \beta_{102} \ln X_{103} + \beta_{103} \ln X_{104} + \beta_{104} \ln X_{105} + \beta_{105} \ln X_{106} + \beta_{106} \ln X_{107} + \beta_{107} \ln X_{108} + \beta_{108} \ln X_{109} + \beta_{109} \ln X_{110} + \beta_{110} \ln X_{111} + \beta_{111} \ln X_{112} + \beta_{112} \ln X_{113} + \beta_{113} \ln X_{114} + \beta_{114} \ln X_{115} + \beta_{115} \ln X_{116} + \beta_{116} \ln X_{117} + \beta_{117} \ln X_{118} + \beta_{118} \ln X_{119} + \beta_{119} \ln X_{120} + \beta_{120} \ln X_{121} + \beta_{121} \ln X_{122} + \beta_{122} \ln X_{123} + \beta_{123} \ln X_{124} + \beta_{124} \ln X_{125} + \beta_{125} \ln X_{126} + \beta_{126} \ln X_{127} + \beta_{127} \ln X_{128} + \beta_{128} \ln X_{129} + \beta_{129} \ln X_{130} + \beta_{130} \ln X_{131} + \beta_{131} \ln X_{132} + \beta_{132} \ln X_{133} + \beta_{133} \ln X_{134} + \beta_{134} \ln X_{135} + \beta_{135} \ln X_{136} + \beta_{136} \ln X_{137} + \beta_{137} \ln X_{138} + \beta_{138} \ln X_{139} + \beta_{139} \ln X_{140} + \beta_{140} \ln X_{141} + \beta_{141} \ln X_{142} + \beta_{142} \ln X_{143} + \beta_{143} \ln X_{144} + \beta_{144} \ln X_{145} + \beta_{145} \ln X_{146} + \beta_{146} \ln X_{147} + \beta_{147} \ln X_{148} + \beta_{148} \ln X_{149} + \beta_{149} \ln X_{150} + \beta_{150} \ln X_{151} + \beta_{151} \ln X_{152} + \beta_{152} \ln X_{153} + \beta_{153} \ln X_{154} + \beta_{154} \ln X_{155} + \beta_{155} \ln X_{156} + \beta_{156} \ln X_{157} + \beta_{157} \ln X_{158} + \beta_{158} \ln X_{159} + \beta_{159} \ln X_{160} + \beta_{160} \ln X_{161} + \beta_{161} \ln X_{162} + \beta_{162} \ln X_{163} + \beta_{163} \ln X_{164} + \beta_{164} \ln X_{165} + \beta_{165} \ln X_{166} + \beta_{166} \ln X_{167} + \beta_{167} \ln X_{168} + \beta_{168} \ln X_{169} + \beta_{169} \ln X_{170} + \beta_{170} \ln X_{171} + \beta_{171} \ln X_{172} + \beta_{172} \ln X_{173} + \beta_{173} \ln X_{174} + \beta_{174} \ln X_{175} + \beta_{175} \ln X_{176} + \beta_{176} \ln X_{177} + \beta_{177} \ln X_{178} + \beta_{178} \ln X_{179} + \beta_{179} \ln X_{180} + \beta_{180} \ln X_{181} + \beta_{181} \ln X_{182} + \beta_{182} \ln X_{183} + \beta_{183} \ln X_{184} + \beta_{184} \ln X_{185} + \beta_{185} \ln X_{186} + \beta_{186} \ln X_{187} + \beta_{187} \ln X_{188} + \beta_{188} \ln X_{189} + \beta_{189} \ln X_{190} + \beta_{190} \ln X_{191} + \beta_{191} \ln X_{192} + \beta_{192} \ln X_{193} + \beta_{193} \ln X_{194} + \beta_{194} \ln X_{195} + \beta_{195} \ln X_{196} + \beta_{196} \ln X_{197} + \beta_{197} \ln X_{198} + \beta_{198} \ln X_{199} + \beta_{199} \ln X_{200} + \beta_{200} \ln X_{201} + \beta_{201} \ln X_{202} + \beta_{202} \ln X_{203} + \beta_{203} \ln X_{204} + \beta_{204} \ln X_{205} + \beta_{205} \ln X_{206} + \beta_{206} \ln X_{207} + \beta_{207} \ln X_{208} + \beta_{208} \ln X_{209} + \beta_{209} \ln X_{210} + \beta_{210} \ln X_{211} + \beta_{211} \ln X_{212} + \beta_{212} \ln X_{213} + \beta_{213} \ln X_{214} + \beta_{214} \ln X_{215} + \beta_{215} \ln X_{216} + \beta_{216} \ln X_{217} + \beta_{217} \ln X_{218} + \beta_{218} \ln X_{219} + \beta_{219} \ln X_{220} + \beta_{220} \ln X_{221} + \beta_{221} \ln X_{222} + \beta_{222} \ln X_{223} + \beta_{223} \ln X_{224} + \beta_{224} \ln X_{225} + \beta_{225} \ln X_{226} + \beta_{226} \ln X_{227} + \beta_{227} \ln X_{228} + \beta_{228} \ln X_{229} + \beta_{229} \ln X_{230} + \beta_{230} \ln X_{231} + \beta_{231} \ln X_{232} + \beta_{232} \ln X_{233} + \beta_{233} \ln X_{234} + \beta_{234} \ln X_{235} + \beta_{235} \ln X_{236} + \beta_{236} \ln X_{237} + \beta_{237} \ln X_{238} + \beta_{238} \ln X_{239} + \beta_{239} \ln X_{240} + \beta_{240} \ln X_{241} + \beta_{241} \ln X_{242} + \beta_{242} \ln X_{243} + \beta_{243} \ln X_{244} + \beta_{244} \ln X_{245} + \beta_{245} \ln X_{246} + \beta_{246} \ln X_{247} + \beta_{247} \ln X_{248} + \beta_{248} \ln X_{249} + \beta_{249} \ln X_{250} + \beta_{250} \ln X_{251} + \beta_{251} \ln X_{252} + \beta_{252} \ln X_{253} + \beta_{253} \ln X_{254} + \beta_{254} \ln X_{255} + \beta_{255} \ln X_{256} + \beta_{256} \ln X_{257} + \beta_{257} \ln X_{258} + \beta_{258} \ln X_{259} + \beta_{259} \ln X_{260} + \beta_{260} \ln X_{261} + \beta_{261} \ln X_{262} + \beta_{262} \ln X_{263} + \beta_{263} \ln X_{264} + \beta_{264} \ln X_{265} + \beta_{265} \ln X_{266} + \beta_{266} \ln X_{267} + \beta_{267} \ln X_{268} + \beta_{268} \$

Est. 2012 ACIDENTES DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Celso de C. Almeida

Code: 48502714-0000 Page 64

[illegible]

MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, I, COMAS S, O SAO GERALDO, ARCOVERDE, PERNAMBUCO, BRASIL.

OSWALD/STERN 1963: 120

1. *Journal of Management Education*, 2000, 24(1), 10-19.

NAME: J. M. L. A. ALLEN, JR. (AUTHOR) / ALLEN, JR.
 NAME: J. M. L. A. ALLEN, JR. (AUTHOR) / ALLEN, JR.
 NAME: J. M. L. A. ALLEN, JR. (AUTHOR) / ALLEN, JR.
 NAME: J. M. L. A. ALLEN, JR. (AUTHOR) / ALLEN, JR.
 NAME: J. M. L. A. ALLEN, JR. (AUTHOR) / ALLEN, JR.

References

© 2004 INTERNATIONAL TRADE Fairs CO. ALL RIGHTS RESERVED.

BRUNCO - FORMIGONE, ANTONIO DOUGLAS RAMOS DA SILVA

— *Preparations*: 藥料 7724 克，水 8.5 公升，pH 5.5。

MANEJO DA DIVERSIDADE ALIMENTAR E NUTRICIONAL	Desenvolvimento de alimentos	FRUTIFRUTOS	Desenvolvimento de alimentos	NÃO
RETOBORNADO	Manejo de resíduos	NÃO INFORMADO	MANEJO HIGIENIZADO DA SÚPER ALIMENTAÇÃO	JOJO
RETOBORNADO DE ALIMENTOS	Resíduos de alimentos	RETOBORNADO	RETOBORNADO DE ALIMENTOS	RETOBORNADO
RETOBORNADO DE ALIMENTOS	Resíduos de alimentos	RETOBORNADO	RETOBORNADO DE ALIMENTOS	RETOBORNADO

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 101–107

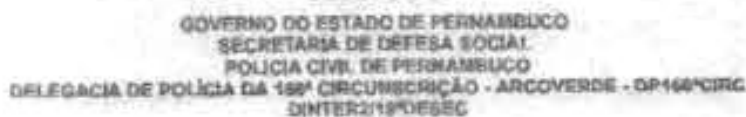
© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 471–477

Acknowledgements



5-11. Colectarea botei poliolei. **PABLA MUNIZ CARRILLO** - Nutricionista. 200907-4





Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/10/2019 às 17:32

Foto retirada de internet: **BRIGADA DE ARCOVERDE, 1, COMAN E - Bairro: SÃO GERALDO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Foto: **NÃO INFORMADO**

Freeborn, Minnesota, on 10/27/2016.

MAIO DE APLICA (AUTOR) (ADESINTE)
MURRA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (NOTIFICANTE)
WILTON MARFAS SALES BRUNDO (OUTRO)
ANTONIO DOMINGOS BARBOSA SILVA (VITRINA)
W.V.A. (Dona da Música) (VITRINA)

oxenolol-erkehidrolu ve eskarinolu

VEICULO: (Usado na geração do ocorrência), que estava sob posse do(s) Sr(s): ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA.

```

1  public static void main(String[] args) {
2      Scanner sc = new Scanner(System.in);
3      int n = sc.nextInt();
4      int sum = 0;
5      for (int i = 1; i <= n; i++) {
6          sum += i;
7      }
8      System.out.println(sum);
9  }

```

MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (presenta no plantão) - São FRANCISCO: MARIA HELENA DA SILVA
ALMEIDA Pol. JOÃO ANTÔNIO DE ALMEIDA Doc de Nascimento: 21/2/1972 Nacionalidade: ARGOVITOS / PERULANUSCO /
BRASIL (nome Civil: CARADOJA) Escribano: 2º GRUPO INCOMPLETO Profissão: AGRICULTORA
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ARGOVITOS, 4, RUA SOUZA - CEP: 8800-000 - Mafra - COTINGO -
ARGOVITOS/PERULANUSCO/BRASIL

W.V.A.S. (Párrafo de Mito) (conforme as plantas) - São Masculino: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES
 Pai: WALAIO LINDOMIRO GALABO SALES Data de Nascimento: 28/1/1952 Nacionalidade: ARGENTINA / PERUANO /
 BRASIL (onde vive) SOLTEIRO(a) Estado Civil: 1º, BRAS INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefone Celular:
 - 06705205291

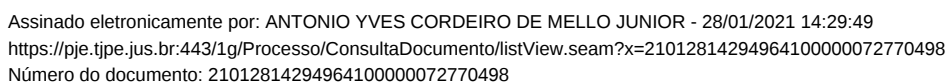
Endereço: Rua Federal, 1000 - JARDIM DE ARAUCÁRIAS, 1, 21710-000 - CEP: 22004-000 - BARRA DO CARVALHO - RJ
 E-MAIL: arquivo@paulista.com.br

FALCÃO, S. D. APLICAÇÃO DE FERRAMENTAS DE ANÁLISE DE RISCO EM SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Música do Regressoante: o Cantor do Regressoante: o Poeta do Cantor no catolicismo e o secular, *Teófilo do Comar*.

ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA (não apresenta as plantas) : São: Muscivora, Antosera cristalline
RAYLAS KAMBOJA SILVA Pôr ANTONIO JOAQUIM DA SILVA NETO Data de nascimento: 19720000 Nascimento: AUGUSTO 2000

DOI: 10.1590/S0034-71672013000100004



PERNAMBUCO / BRASIL (CDDO 17-F. BOLTYINDA)

WILTON RAFAEL SALES HENRIQUE (não presente no plantão) - End: Marcelina/Paraná NÃO INFORMADO
PERMANUCCI / BRASL

MOTOCICLETA HONDA CB 450 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **MELTON DAFNEZ SALES BRANCO**, que estave em posse do(a) Sr(a) **ANTONY SOUZA BARBOSA SILVA**.

File# PDB 344 (PUNAMBUKAVIYONER) Patient: 118736091 Clinic: SCIENTISTGURUHQ2018
Age/Vitals/Modes: 35YR/2015 Contained: ALCOHOL

Completamento / Observação

Requiers de (u) pousse(s) présente vents aride(s) justice

MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALGADO

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

(continued)

S.D. REGISTRADO POR: SANTA MONTE CARRAL, MARCELO DOMINGOS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Declara-se (se) fundado de cobertura: ☐ OBRAS (DESPESAS) DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do contrato do RSC: 114.203.729-08 4 - Nome completo da vítima: WALVSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

RELEVANTE DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FORMA DE REGISTRO MUNDIAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 148/2015

5 - Nome completo: WALVSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES 6 - CPF: 114.203.729-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO COQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARIQUENDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - IM (INSC): 01198996-7907

UNION DO REPRESENTANTE LEGAL (Pai, Tutor e Curador) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

Dados, após o fim da vida da vítima, registrar no envelope acima informado, conforme campo presente no verso (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDITA ANUAL (R\$) TITULAR DO CONTRATO

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDITA ☐ R\$5.001,00 ATE R\$25.000,00 ☐ ACIMA DE R\$25.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ INVESTIMENTO NA INCIDÊNCIA ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INCIDÊNCIA (Pai, Tutor, Curador, Tutor)

☐ CONTA POUPANÇA (Exclusivo para o Beneficiário Adulto - veja opção) ☒ CONTA CORRENTE (Tudo o que quiser)

☐ Residência (CPF) ☐ E-mail (E-mail) ☐ Residência (CPF) ☐ E-mail (E-mail)

AGÊNCIA: 7923 CONTA: 15289 (2)

Autenticar e digitalizar o nome e o endereço (conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/pensão do Seguro DPVAT e o valor do valor devido, encaminhando e anexando, desde já e juntamente com a documentação de suporte, a seguinte documentação:

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

Declaro, sob as penas da lei, que não estou encaminhando o laudo de avaliação do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme prescrição acima descrita.

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

☐ O IML, que atende a regra do acidente ou da minha residência não realizar perícias para fins do Seguro DPVAT ou

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

Para efeitos de avaliação, subscrito o requerimento de análise do IML, pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação acima descrita, declaro, desde já, que não tenho a intenção de recorrer ao IML para a verificação da ocorrência e quantificação dos danos materiais decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 2.247/74, art. 3º, §1º, e/ou, declarando que esta declaração não significa prejuízo ou concessão de qualquer benefício ao titular do seguro.

DECLARAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS - PRESUNÇÃO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

22 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

23 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

24 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

25 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

26 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

27 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

28 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

29 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

30 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

31 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

32 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

33 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

34 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

35 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

36 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

37 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

38 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

39 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

40 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

41 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

42 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

43 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

44 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

45 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

46 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

47 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

48 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

49 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

50 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

51 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

52 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

53 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

54 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

55 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

56 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

57 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

58 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

59 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

60 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

61 - Situação: ☐ Atualizada ☐ Cancelada ☐ Suspensa ☐ Suspensa temporária ☐ Vaga

40 - Local e Data: ARIQUENDE 04 DEZEMBRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): WALVSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

43 - Assinatura do Prestador (se houver):

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07922

CONTA: 000000015289-2

Autenticação:

C18AFA9D37E6ED51E142E98DD9C972FCFF1D70FF060F04D5B4986176D64CFE24



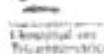
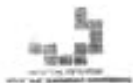
[illegible]

CONTA CORRENTE				TÍTULO DE PAGAMENTO	
007804000433	R\$2019	TOTAL A PAGAR(R\$)	DEBOLENDO	Evite dor, perfura o resumo fate a prova aqui mesmo em letra dta.	
FATURA PAULA		AUTENTICAÇÃO MECANICA			



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA Zé VIA																																			
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO ALVARO DE SAUS, 111, RUA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50055-000 CNPJ 13.055.828/01-02 INSCRIÇÃO ESTADUAL 080043-02		 CELPE www.celpe.com.br																																	
Terço Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2004/02 COMERCIAL 118 PRODUÇÃO 110 Atendimento ao deficiente auditivo 800 201 0142 Ouvidoria 0800 202 0300 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																			
DADOS DO CLIENTE NOME DA CONSUMIDORA ALMEIDA CUF: 71258554-02 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA R. COQUEIRO, 40 - F BRUNO COQUEIRO/AV. COQUEIRO RURAL, 8888-110 - APODIPOSEM, PE As instalações gerais de fornecimento (desatualizações, 4x24h) e tarifas, condições, serviços prestados e direitos do consumidor e informações sobre energia elétrica em geral estão disponíveis em www.celpe.com.br	DATA DE VENCIMENTO 17/09/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00 CLASSIFICAÇÃO R3 RURAL - AGRICULTURA RURAL Monsenhor RESERVAÇÃO AO FISCAL 8011.0E34.DFES.104B.034D.874B.290D.3C58	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/09/2019 DATA DE APRESENTAÇÃO 09/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 876071985 Nº DO CLIENTE 880122803 Nº DA INSTALAÇÃO 000000079																																	
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>Preço</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo eletrônico</td> <td>36,00</td> <td>0,33333333</td> <td>12,00</td> </tr> <tr> <td>Arquitetura Eletrônica 100000000</td> <td></td> <td></td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000</td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>13,00</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	Preço	VALOR (R\$)	Consumo eletrônico	36,00	0,33333333	12,00	Arquitetura Eletrônica 100000000			1,00	Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000			0,00	Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000			0,00	TOTAL DA FATURA			13,00								
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	Preço	VALOR (R\$)																																
Consumo eletrônico	36,00	0,33333333	12,00																																
Arquitetura Eletrônica 100000000			1,00																																
Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000			0,00																																
Multa por atraso de 0,00000000 - 0,00000000			0,00																																
TOTAL DA FATURA			13,00																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">REGRAS DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> <th colspan="2">TOTAL</th> </tr> <tr> <th>BASE DO CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DO CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DO CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPORTE</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>				REGRAS DE TRIBUTOS								ICMS		PIS		COFINS		TOTAL		BASE DO CÁLCULO	%	BASE DO CÁLCULO	%	BASE DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	%	13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00	0,00	0,00
REGRAS DE TRIBUTOS																																			
ICMS		PIS		COFINS		TOTAL																													
BASE DO CÁLCULO	%	BASE DO CÁLCULO	%	BASE DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	%																												
13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00	0,00	0,00																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8" style="text-align: center;">SITUAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>DATA</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>13,00</td> <td>0,00</td> <td>13,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>				SITUAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS								DESCRIÇÃO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00								
SITUAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS																																			
DESCRIÇÃO	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR																												
13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00	13,00	0,00																												
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Projeção de pontos de consumo de energia elétrica em áreas rurais, áreas de risco de inundação, áreas de risco de deslizamento e áreas de risco de incêndio. O cliente deve estar atento às informações e tomar as devidas providências para evitar danos materiais e pessoais. O cliente deve estar atento às informações e tomar as devidas providências para evitar danos materiais e pessoais. O cliente deve estar atento às informações e tomar as devidas providências para evitar danos materiais e pessoais.																																			
NOTAS DE TÍTULOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TERMO SUBJUNTO (N)</th> <th>VALOR DE VARIÁVEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>				TERMO SUBJUNTO (N)	VALOR DE VARIÁVEL	13,00	0,00																												
TERMO SUBJUNTO (N)	VALOR DE VARIÁVEL																																		
13,00	0,00																																		



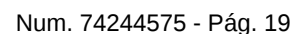


FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA			
Nome: <u>Walterton Vinícius Almeida Silva</u>		Ficha nº: <u>16646</u>	
Sexo: <u>M</u> Idade: <u>36</u> Cor: <u>Parda</u>		Data: <u>16/01/21</u>	
Data de nascimento: <u>26/11/84</u> Estado Civil: <u>---</u>		Hora: <u>11:10</u>	
Profissão: <u>---</u> Tel.: <u>---</u>		CPF: <u>911.263.724-08</u>	
Endereço: <u>Cidade Tranquilina (Caruaru)</u>		RG: <u>---</u>	
Bairro: <u>Santa Rosa</u>		CEP: <u>56369-810</u>	
Naturalidade: <u>Caruaru - PE</u>		Município: <u>Caruaru</u> Nº: <u>65</u>	
CNS: <u>109300077455092</u>		---	
Escolaridade: Analfabeto: () 1ª Grau: () 2ª Grau: () Superior: ()			
Filiação: <u>Mãe: Dra. Conceição Almeida Leite</u> <u>991876264</u>			
Acompanhante: <u>---</u> Resp. pelo preenchimento: <u>---</u>			
MEIO DE TRANSPORTE: <u>---</u>		ENCAMINHADO: <u>---</u>	
Enxerto: () SAAU: ()		Armando: () Maca: ()	
Armadura: () Auto: ()		Cadeira de rodas: ()	
Mala: () Outros: <u>---</u>		Hospital: ()	
PA: <u>110/70</u> HGT: <u>---</u> TEMP: <u>---</u> FC: <u>---</u>		UPA: () PSF: ()	
FR: <u>---</u> Peso: <u>---</u> Alérgico: <u>---</u>		Outros: ()	
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>---</u>			
Uso de Medicamentos: <u>---</u>			
Situação/Queixa Principal: <u>---</u>			
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ADEQUAMENTO		ENCAMINHAMENTOS	
CLASSIFICAÇÃO		---	
1 - Fatores ()		1 - Cópia Geral	
2 - Vómitos ()		2 - Cópia Geral	
3 - Ingestão ()		3 - Cópia Geral	
4 - Refeições ()		4 - Cópia Geral	
5 - Cefaleia ()		5 - Cópia Geral	
6 - Tontura ()		6 - Cópia Geral	
7 - Constipação ()		7 - Cópia Geral	
8 - Dor local ()		8 - Cópia Geral	
9 - Dor local ()		9 - Cópia Geral	
10 - Dor local ()		10 - Cópia Geral	
11 - Dor local ()		11 - Cópia Geral	
12 - Dor local ()		12 - Cópia Geral	
13 - Dor local ()		13 - Cópia Geral	
14 - Dor local ()		14 - Cópia Geral	
15 - Dor local ()		15 - Cópia Geral	
16 - Dor local ()		16 - Cópia Geral	
17 - Dor local ()		17 - Cópia Geral	
18 - Dor local ()		18 - Cópia Geral	
19 - Dor local ()		19 - Cópia Geral	
20 - Dor local ()		20 - Cópia Geral	
21 - Dor local ()		21 - Cópia Geral	
22 - Dor local ()		22 - Cópia Geral	
23 - Dor local ()		23 - Cópia Geral	
24 - Dor local ()		24 - Cópia Geral	
25 - Dor local ()		25 - Cópia Geral	
26 - Dor local ()		26 - Cópia Geral	
27 - Dor local ()		27 - Cópia Geral	
28 - Dor local ()		28 - Cópia Geral	
29 - Dor local ()		29 - Cópia Geral	
30 - Dor local ()		30 - Cópia Geral	
31 - Dor local ()		31 - Cópia Geral	
32 - Dor local ()		32 - Cópia Geral	
33 - Dor local ()		33 - Cópia Geral	
34 - Dor local ()		34 - Cópia Geral	
35 - Dor local ()		35 - Cópia Geral	
36 - Dor local ()		36 - Cópia Geral	
37 - Dor local ()		37 - Cópia Geral	
38 - Dor local ()		38 - Cópia Geral	
39 - Dor local ()		39 - Cópia Geral	
40 - Dor local ()		40 - Cópia Geral	
41 - Dor local ()		41 - Cópia Geral	
42 - Dor local ()		42 - Cópia Geral	
43 - Dor local ()		43 - Cópia Geral	
44 - Dor local ()		44 - Cópia Geral	
45 - Dor local ()		45 - Cópia Geral	
46 - Dor local ()		46 - Cópia Geral	
47 - Dor local ()		47 - Cópia Geral	
48 - Dor local ()		48 - Cópia Geral	
49 - Dor local ()		49 - Cópia Geral	
50 - Dor local ()		50 - Cópia Geral	
51 - Dor local ()		51 - Cópia Geral	
52 - Dor local ()		52 - Cópia Geral	
53 - Dor local ()		53 - Cópia Geral	
54 - Dor local ()		54 - Cópia Geral	
55 - Dor local ()		55 - Cópia Geral	
56 - Dor local ()		56 - Cópia Geral	
57 - Dor local ()		57 - Cópia Geral	
58 - Dor local ()		58 - Cópia Geral	
59 - Dor local ()		59 - Cópia Geral	
60 - Dor local ()		60 - Cópia Geral	
61 - Dor local ()		61 - Cópia Geral	
62 - Dor local ()		62 - Cópia Geral	
63 - Dor local ()		63 - Cópia Geral	
64 - Dor local ()		64 - Cópia Geral	
65 - Dor local ()		65 - Cópia Geral	
66 - Dor local ()		66 - Cópia Geral	
67 - Dor local ()		67 - Cópia Geral	
68 - Dor local ()		68 - Cópia Geral	
69 - Dor local ()		69 - Cópia Geral	
70 - Dor local ()		70 - Cópia Geral	
71 - Dor local ()		71 - Cópia Geral	
72 - Dor local ()		72 - Cópia Geral	
73 - Dor local ()		73 - Cópia Geral	
74 - Dor local ()		74 - Cópia Geral	
75 - Dor local ()		75 - Cópia Geral	
76 - Dor local ()		76 - Cópia Geral	
77 - Dor local ()		77 - Cópia Geral	
78 - Dor local ()		78 - Cópia Geral	
79 - Dor local ()		79 - Cópia Geral	
80 - Dor local ()		80 - Cópia Geral	
81 - Dor local ()		81 - Cópia Geral	
82 - Dor local ()		82 - Cópia Geral	
83 - Dor local ()		83 - Cópia Geral	
84 - Dor local ()		84 - Cópia Geral	
85 - Dor local ()		85 - Cópia Geral	
86 - Dor local ()		86 - Cópia Geral	
87 - Dor local ()		87 - Cópia Geral	
88 - Dor local ()		88 - Cópia Geral	
89 - Dor local ()		89 - Cópia Geral	
90 - Dor local ()		90 - Cópia Geral	
91 - Dor local ()		91 - Cópia Geral	
92 - Dor local ()		92 - Cópia Geral	
93 - Dor local ()		93 - Cópia Geral	
94 - Dor local ()		94 - Cópia Geral	
95 - Dor local ()		95 - Cópia Geral	
96 - Dor local ()		96 - Cópia Geral	
97 - Dor local ()		97 - Cópia Geral	
98 - Dor local ()		98 - Cópia Geral	
99 - Dor local ()		99 - Cópia Geral	
100 - Dor local ()		100 - Cópia Geral	

Assinatura e Identificação do Médico





Assinatura e identificação do Médico







GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento		Data e Hora da Transferência	
NOME DO ESTABELECIMENTO: HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE		DATA E HORA: 28/01/2021 11:00	
NOME DO PACIENTE: ARTHUR LUIZ CORREIA DE MENDONÇA		Nº DO PACIENTE: 821262	

Identificação do Paciente		Data e Hora da Transferência	
NOME DO PACIENTE: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES		DATA E HORA: 28/01/2021 14:00	
NÚMERO DO PACIENTE: 7080007		SEXO: MASCULINO	
NOME DA MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES		Nº DO PACIENTE: 87901185447	
CIDADADE: COQUEIRO, 49		Nº DO PACIENTE: 880100120	
Nº DO PACIENTE: 880100120		PE	

Dados sobre o Transporte		Data e Hora da Transferência	
NOME DO TRANSPORTADOR: AMBULÂNCIA		DATA E HORA: 28/01/2021 14:00	
NOME DO TRANSPORTADOR: AMBULÂNCIA		NOME DO TRANSPORTADOR: AMBULÂNCIA	
NOME DO TRANSPORTADOR: AMBULÂNCIA		NOME DO TRANSPORTADOR: AMBULÂNCIA	

Regulação		Data e Hora da Transferência	
NOME DO PACIENTE: MARIA ANAIDE ZACCHÉ DE SA ABREU E LIMA		DATA E HORA: 28/01/2021 14:00	
NOME DO PACIENTE: MARIA ANAIDE ZACCHÉ DE SA ABREU E LIMA		NOME DO PACIENTE: MARIA ANAIDE ZACCHÉ DE SA ABREU E LIMA	
NOME DO PACIENTE: MARIA ANAIDE ZACCHÉ DE SA ABREU E LIMA		NOME DO PACIENTE: MARIA ANAIDE ZACCHÉ DE SA ABREU E LIMA	

Exclusão		Data e Hora da Transferência	
NOME DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		DATA E HORA: 28/01/2021 14:00	
NOME DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		NOME DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	
NOME DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA		NOME DO PACIENTE: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	



Fratura 08/09/19 (2)
na Esquerda
Acha 04



Comunicação
14/09/19
621362

FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO DOS LETOS DE TRAUMATOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Walter Vinícius Almeida Sales
NOME DOS GENITORES: Antônio RG: 11.089.100
DATA DE NASCIMENTO: 08/11/02
ENDEREÇO: ST. Antônio, 54, R. do Comércio
TELEFONE DE CONTATO: 9916-5444 / 9988-9241
CARTÃO DO SUS: 405 200 7345 5072

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____ CRM: _____
QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE:
Fratura da tíbia estabilizada
EXAMES REALIZADOS PARA FINS DIAGNÓSTICO:
Radiografia
DIAGNÓSTICO: Fratura da tíbia
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura da tíbia
TIPO DE LEITO: CIRÚRGICO (☒) BUCO MAXILO ()

OBSERVAÇÃO: Caso o paciente esteja internado e agravar o quadro necessitará dos dados acima.

DADOS	VALORES
SATURACÃO	
FC	
FR	
T	
PA	
GLASGOW	



 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE 1.2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE		3 - DATA 2 3 5 1 6 3 3 4 - DIAS 2 3 5 1 6 3 3	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 2.1 - NOME DO PACIENTE WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES 2.2 - DATA DE NASCIMENTO 7 0 9 8 0 0 0 7 7 4 5 5 0 9 7 26 / 11 / 2002 2.3 - NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES 2.4 - ENDEREÇO DO PACIENTE SÍTIO COQUEIRO, N.º 5, ZONA RURAL 2.5 - CIDADE DE RESIDÊNCIA ARCOVERDE		5 - Nº DO PRONTUÁRIO 172987 6 - CIDADE PARLITA 7 - TELEFONE DE CONTATO 8 7 9 1 1 6 5 4 4 7 8 - TELEFONE DE CONTATO 9 - CIDADE	
10 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 10.1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS 10.2 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 10.3 - DATA DE INÍCIO 10.4 - CID PRINCIPAL 10.5 - CID SECUNDÁRIO 10.6 - CID TERCICÁRIO 10.7 - CID QUATERNÁRIO			
11 - PROCEDIMENTO SOLICITADO 11.1 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 11.2 - CID DO PROCEDIMENTO 11.3 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11.4 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE			
12 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) 12.1 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.2 - AGENTE DE TRABALHO 12.3 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.4 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.5 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.6 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.7 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.8 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.9 - AGENTE DE TRÁFEGO 12.10 - AGENTE DE TRÁFEGO			
13 - AUTORIZAÇÃO 13.1 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 13.2 - CID DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 13.3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 13.4 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			





Hospital São Vicente

Data Atend: 28/02/2019		Atendimento: 0023611		Quarto/leito: 202 / 2	
Paciente: 00172387 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES					
Data Nas: 28/11/2002		Idade: 18 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: ESTUDANTE		Naturalidade: ARCOVERDE		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Nome Pai: WALAND LINDIBERG CALADO SALES			Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES		
Endereço: SÍTIO COQUEIRO 49					
- ZONA RURAL - ARCOVERDE - PE					
Telefones: () / () / (87) 9118.5447					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Tráfego () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()					
Suicídio () Casual () Outros ()					
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>paciente apresenta-se com queixa de dor no membro superior esquerdo</i>					
MSE					
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura Radioulnar E</i>					
SADT: <i>fratura de rádio e ulna, com deslocamento e lesão de vasos</i>					
Diagnóstico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: ____/____/____	
Melhorada ()		Decisão Médica ()		Data de Alta: ____/____/____	
Inferior ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Permanente ()		Transferência ()		Medico Responsável: <i>[Assinatura]</i>	
Óbito - 48h ()		Evasão ()		Ambulatório: <i>Antonio Rodrigues de Freitas</i>	
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()		CRM 7351	
Óbito em ____/____/____				CPF: 056.602.803-25	
Hora: _____					





Hospital São Vicente

Formulário 001/19/000

Data Atend: 26/09/2019	Atendimento: 0023611	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00172987 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES		
Cirurgia Realizada: <i>osteossintese 2/3 distal fêmur L</i>	N. do Procedimento: <i>0408020407</i>	
Data: <i>26/09/19</i>	Início:	Término:
Cirurgião: <i>Eugenio</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesiologista: <i>Silvane</i>		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: <i>Del. sequestro Altopsi M36, sequestro de Vólvex Rando e seque. sequestro Roy pfeuro Altopsi Vólvex Rando, Rando e sequestro Altopsi O.P. 0.5 3+2, O2 P. Esp. 0.0, O2 P. 0.5 Sequestro p. pfeuro, Altopsi Cecativo <i>Ruy</i></i>		
Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 000.000.000-00		Assinatura do Cirurgião





GUÍA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento	
HOSPITAL REGIONAL ALI DE CARNEIRO CORREIA - ARCOVERDE	DATA DE EMISSÃO: 14/09/19 11:00
ARTUR LUIZ CORREIA DE MENEZES	IPSI: 601382

Identificação do Paciente	
VALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES	IPSI: 601382
CPF: 72907748697	DATA DE NASCIMENTO: 25/11/2003
SEXO: MASCULINO	
RENDA DE R\$ 1.000,00	ENDEREÇO: 979115443
MATR. DA CONDIÇÃO ALMEIDA SALES	
ENDEREÇO: RUA DO SANGUE, 43	
MUNICÍPIO: ARCOVERDE	CEP: 5501201-00
UF: PE	DATA: 14/09/19

Dados sobre a Transferência	
AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 25/09/19 14:08
NOME DO PACIENTE: _____	
NOME DO RESPONSÁVEL: _____	
ENDEREÇO DO PACIENTE: _____	

Regulador	
MARIA ANAIDE SACCHI DE SA ABREU E LIMA	
CPF: 123456789	ENDEREÇO: CRUZADA TRAIAMATOLÓGICA

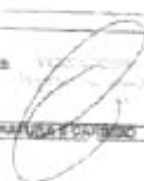
Examinante	
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - BARRA TALHADA	DATA DE EMISSÃO: 25/09/19 08:08
NOME DO RESPONSÁVEL: _____	



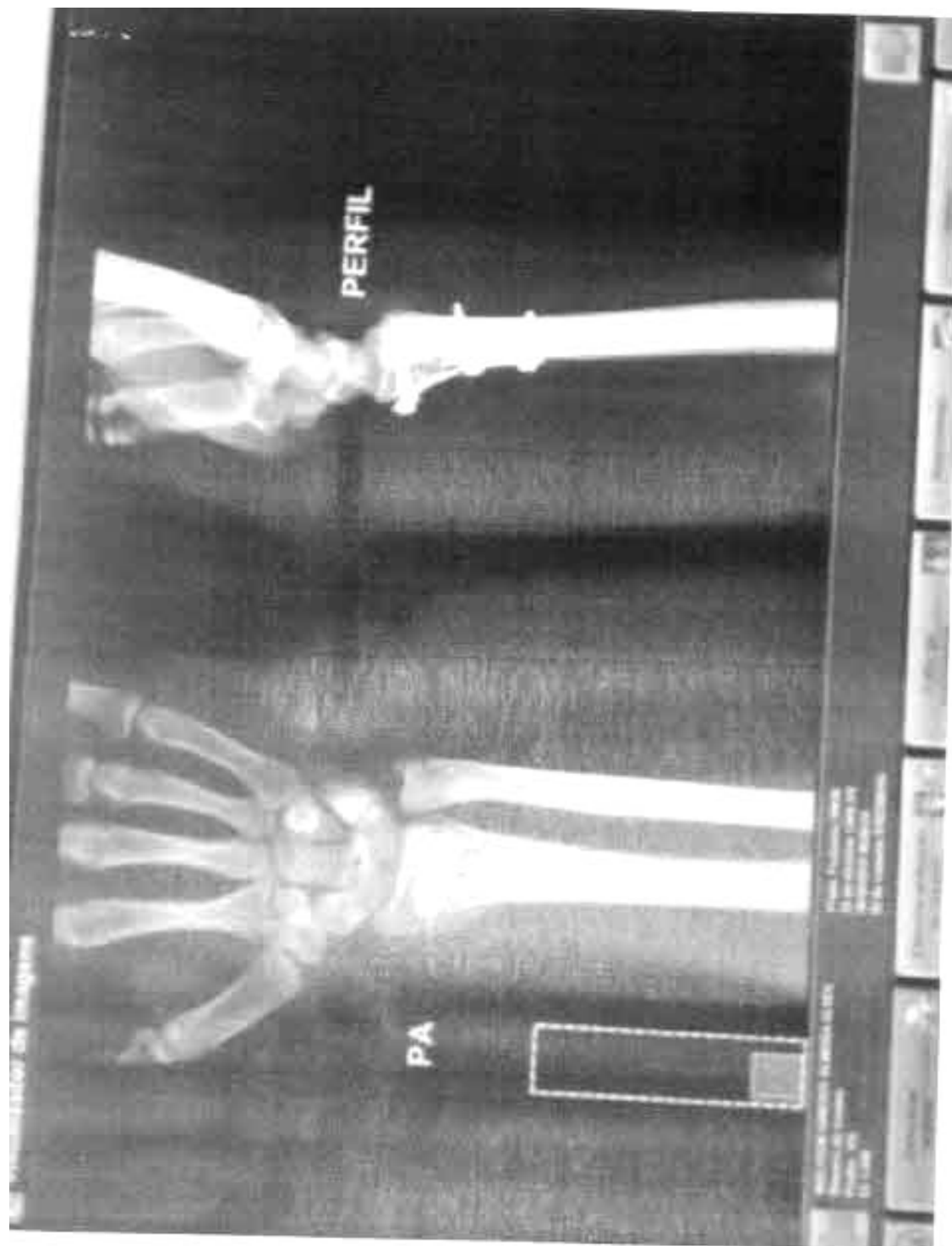
3190688296

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE	09/09/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO	09/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA			
Wolymen Viana Almeida Sales			
LESÃO RESULTANTE DO ACIDENTE			
Fratura de dedo distal E			
HISTÓRICO RESUMO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA)			
Tratamento Cirúrgico da fratura de dedo distal E Ata 34/19/19			
ALTA MÉDICA			
SIM ☒ NÃO ☐			
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE			
SIM ☐ NÃO ☒			
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PERTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)			
SEGMENTO Atingido OU ÓRGÃO Atingido			
Atingido: mão direita e dedos distais Com perda de movimentos internos e externos além de perda de força supinadora e pronadora considerando a videira 73% base			
ATURO QUE ASSISTI EOU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 09/09/19 a 09/09/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS			
LUGAR		DATA	ASSINATURA DO MÉDICO
A. Almeida		34/11/2019	







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 114.203.724-08

Nome: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data de Nascimento: 26/11/2002

Situação Cadastral: REGULAR

Data de Inscrição: 17/11/2011

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:09:11 do dia 09/12/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: AADD.904D.51BC.6714



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pelo INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276

Cidade: Arcoverde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER**Diagnóstico:** Fratura distal do rádio esquerdo.**Descrição do exame físico:** Ao exame vítima apresenta uma redução da amplitude de movimentos do punho esquerdo.**Resultados terapêuticos:** Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.**Sequelae permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo**Sequelae:** Com sequelae**Data do exame físico:** 24/01/2020**Conduta mantida:** Sim**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276

Cidade: Arcoverde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER**Diagnóstico:** Fratura distal do rádio esquerdo.**Descrição do exame físico:** Ao exame vítima apresenta uma redução da amplitude de movimentos do punho esquerdo.**Resultados terapêuticos:** Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho esquerdo**Sequelas:** Com seqüela**Data do exame físico:** 24/01/2020**Conduta mantida:** Sim**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276 Cidade: Arcoverde Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÂDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PB

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276 Cidade: Arcoverde Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PB

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276 Cidade: Arcoverde Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÂDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PB

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442108/19

Número do Sinistro: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

CPF: 114.203.724-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

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: 13/12/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES
CPF: 775.059.054-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Steffany Caroliny Lins Veloso



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder do
Comércio do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442108/19

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

CPF: 114.203.724-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: WALYSON VINICIUS
ALMEIDA SALES

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES : 775.059.054-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES : 114.203.724-08

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: 10/12/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES
CPF: 775.059.054-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Steffany Carolyn Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190688276

Cidade: Arcoverde

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES Data do acidente: 09/09/2019

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. PB

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.Documentos
complementares:

Observações:

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 pejo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3190688276

Nome do(a) Examinado(a): WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Endereço do(a) Examinado(a): SI COQUEIRO, 49 - Arcoverde - PE - CEP 56506-970

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [MT / PE] 4629398

Data e local do acidente: [09/09/2019] Arcoverde

Data e local do exame: [24/01/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do rádio esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame vítima apresenta uma redução de amplitude de movimentos do punho esquerdo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[X] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU
MODERADO - CONDUTA NANTIDA.



Andreia Rodrigues Madiera - CRM: 15663 - PE

