

NOME: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
DATA: 12/08/2019

RECEITUÁRIO

DECLARO QUE BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA FOI SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E TRANSTROCANTÉICA ESQUERDA NESTE SERVIÇO. CIRURGIAS REALIZADAS NO FINAL DO MÊS DE JULHO 2019. PACIENTE REFERIU ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NO MOMENTO, PACIENTE SEM QUEIXAS IMPORTANTES. FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS. EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CID 10 - S420 + S721 + Z988



Dr. Guilherme Didier de Andrade Lima
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 15.961

Dr. GUILHERME DIDIER DE ANDRADE LIMA
CRM; 15961

Nome: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
Reg.: 651856 Pront.: 1180273
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 06/09/1999
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 19
Admissão: 24/07/2019 09:14

Alta: 26/07/2019 14:11

Admissão:

FRATURA EM CLAVICULA DIREITA
FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS, PACIENTE INTERNADO DIA 22/07, REALIZOU DOIS TEMPOS
CIRURGICOS, RECEBE ALTA NESTA DATA.

Diagnóstico:

Principal S72.1 FRATURA PERTROCANTERICA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	24/07/2019 09:14	26/07/2019 14:11	2 dia(s)

Orientação:

OBSERVAÇÕES:

- 1) Agendar retorno para Drº GUILHERME E OSVALDO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Paciente: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA**Reg.:** 651856**Pront.:** 1180273**Telefone:** 81993101649**Dt. Nasc.:** 06/09/1999**RG:****Titular:** BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA**Matric:****Unidade:** ENFERMARIA SÃO LUIZ**Leitos:** LEITO G1**IH No.:** 2 **Admissão:** 24/07/2019 09:14**Convênio:** RETAGUARDA GETULIO**CID:** S721**OS:****Data/Hora:** 24/07/2019 14:35**Exames Solicitados:**

1) RX ARTIC COXO-FEMURAL ESQ

Dr. GUILHERME DIDIER DE ANDRADE LIMA**CRM:** 15961

Dr. Guilherme Didier de Andrade Lima
CRM: 15961



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br


ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S420+S72

Recife, 22/07/2019


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
DATA: 26/07/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
Dx. CRM-10531

Original
Cód. 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
DATA: 26/07/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
DATA: 26/07/2019

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

) NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **BENEDITO ANTÔNIO DE OLIVEIRA**, prontuário nº **1180273**, admitido neste hospital em 22/07/2019 com diagnóstico de Fratura de escápula direita + Fratura de fêmur esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 26/07/2019.

Recife, 05 de Agosto de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

COMPANHIA DE DESARROLHAMENTO DE SAÚDE

HSA

BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

651856

ELABORADA POR: **ELABORAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE ATIVIDADE HOSPITALAR**

ESPECIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO

X
Tratamento Cirúrgico de Fratura de Corpo de Escapula
Direita + Neurolise + Osteofomia

0408010177 0403020077
0408010118

Placa de Reconstrução

0 7 0 2 0 3 0 9 2 9 01

Parafusos Corticais nº 14-02 ; 16-04 ; 18-01

07

Paciente sofreu queda de moto, resultando em Fratura de Corpo de Escapula Direita + Fratura de Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado da Fratura de Corpo de Escapula Direita, recebe alta para correção da Fratura de Fêmur Esquerdo.

DR. OSVALDO COIMBRA

23/07/19

0 3 5 7 0 3 1 5 4 7 9

Osvaldo Coimbra
CRM 0211



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 651856 Prontuário: 1180273 Data de Nascimento: 06/09/99 Idade: 19 ANO(S)
Nome do Paciente: **BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 11254528466

Data: 23/07/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S42 - FRATURA DO OMBRO E DO BRAÇO | NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Corpo de Escapula Direita + Fratura
Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo CÓDIGO: 0408010177

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Corpo de Escapula Direita + Neurolise + Osteotomia
CÓDIGO: 0408010177 / 0403020077 / 0408010118

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1 AUX CIRÚRGICO:		
3	2 AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Leonardo Guerra	21806
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto, resultando em Fratura de Corpo de Escapula Direita +
Fratura de Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado da Fratura de Corpo de Escapula Direita, recebe alta para correção da Fratura Transtrocantérica do

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 25/07/2019 15:28:40.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 651856 Prontuário: 1180273 Data de Nascimento: 06/09/99 Idade: 19 ANO(S)
Nome do Paciente: **BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 11254528466

Data: 23/07/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da clavícula DIREITA
Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Neurólise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula direita (cod: 040801017-7) + Osteotomia de clavícula direita (040801011-8)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Junior

Anestesista: Leonardo Guerra

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula direita. Dissecção por planos e hemostasia. Liberação de fibrose e retração muscular. Neurólise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco de fratura. Osteotomia de bordas da fratura e realizada redução da fratura e fixação com placa de reconstrução 3,5 e parafusos corticais. Tenomiografia de trapézio e peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipóia

Recife, 23/07/2019-16:24

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 23/07/2019 16:28:01.

Dr. OSVALDO COIMBRA JR.
CRM: 16658
Especialista em Cirurgia de Mão e Ortopedia
Trabalha em Santa Casa

SUS

Sistema Nacional de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE HIGIENE E SAÚDE

FOLHA
Nº

INSTITUTO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HSA**BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA****651656**

NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (NIAH)

INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO**X****INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**Trat. Cir. de Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo +
Tenoplastia + Osteotomia + Fasciotomia**0408050632 / 0408050080**
0408060476 / 0408060190

Haste Nº 11x200mm

0 7 0 2 0 3 0 4 8 1 01

Pino Deslizante Nº 100/01

01

Parafuso Cortical Nº 30/01

01

Paciente sofreu queda de moto, resultando em Fratura de Corpo de Escapula Direita +
Fratura de Fêmur Esquerdo. Operado da Fratura de Corpo de Escapula Direita, readmitido
para correção da Fratura Transtrocanterica do Fêmur Esquerdo.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

DR. GUILHERME DIDIER

Médico Assistente

24/07/19**0 2 6 7 6 3 0 8 4 0 8**

AUTORIZAÇÃO

Registro:651856 Prontuário:1180273 Data de Nascimento:06/09/99 Idade:19 ANO(S)

Nome do Paciente:**BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA JOSE DA SILVA

CPF: 11254528466

Data: 26/07/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

S721 - FRATURA PERTROCANTÉRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura de Corpo de Escapula Direita + Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo. CÓDIGO:

0408010177 / 0408050632

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia + Osteotomia + Fasciotomia CÓDIGO:0408050632 / 0408050080 /

0408080476 / 0408080190

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Guilherme Didier	15961
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,


RESUMO DE CASO: Paciente sofreu queda de moto, resultando em Fratura de Corpo de Escapula Direita + Fratura de Fêmur Esquerdo. Operado da Fratura de Corpo de Escapula Direita, readmitido para correção da Fratura Transtrocantérica do Fêmur Esquerdo.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:



Dr. Guilherme Didier
Médico - Cirurgião
26/07/2019



Dr. Breno Fonseca
Médico - Anestesiologista
26/07/2019



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:651856 Prontuário:1180273 Data de Nascimento:06/09/99 Idade:19
ANO(S)
Nome do Paciente: **BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 11254528466

Data: 26/07/2019

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Registro: 651856 Prontuário: 1180273 Data de Nascimento: 06/09/99 Idade: 19 ANO(S)
Nome do Paciente: **BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
CPF: 11254528466

Data: 24/07/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 24/07/2019-14:31

Diagnóstico pré-operatório: Fratura Transtrocanterica do Fêmur esquerdo instável

Diagnóstico pós-operatório: Fratura Transtrocanterica do Fêmur esquerdo instável

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura transtrocanterica do fêmur (osteossíntese com haste cefalo-medular) + Tenoplastia dos abdutores + Osteotomia + Fasciotomia

Cirurgião: Guilherme Didier

Anestesista: Dr. Breno

Anestesia: RAQUI

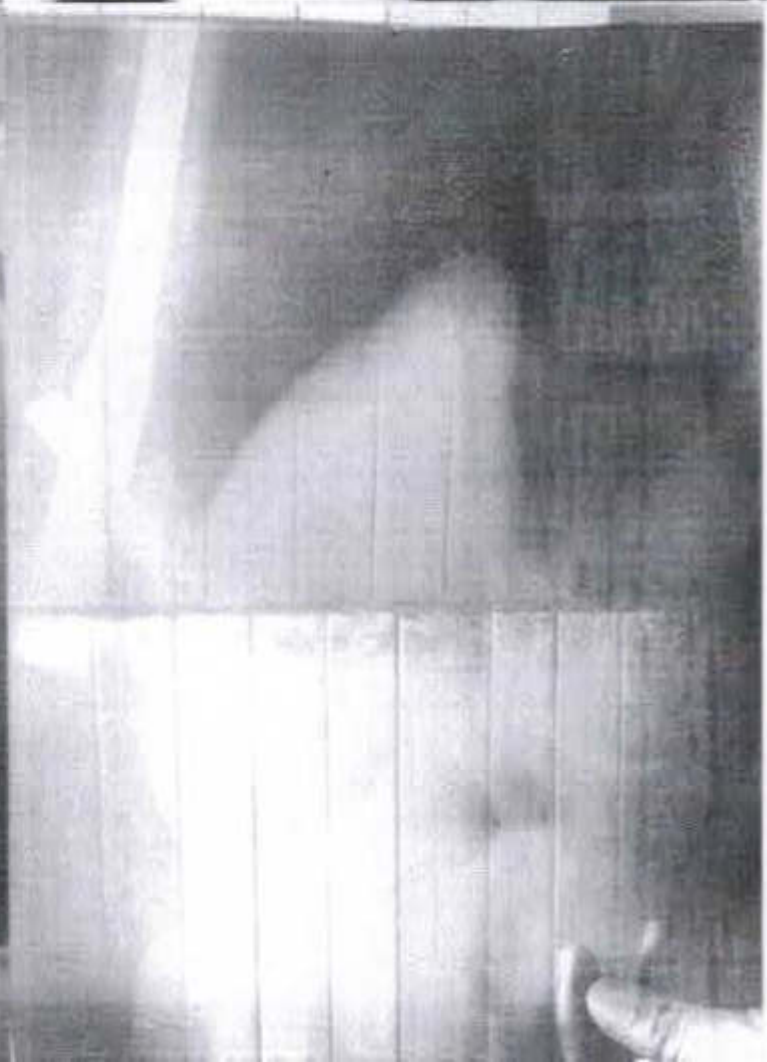
Acidentes durante a cirurgia: NENHUM

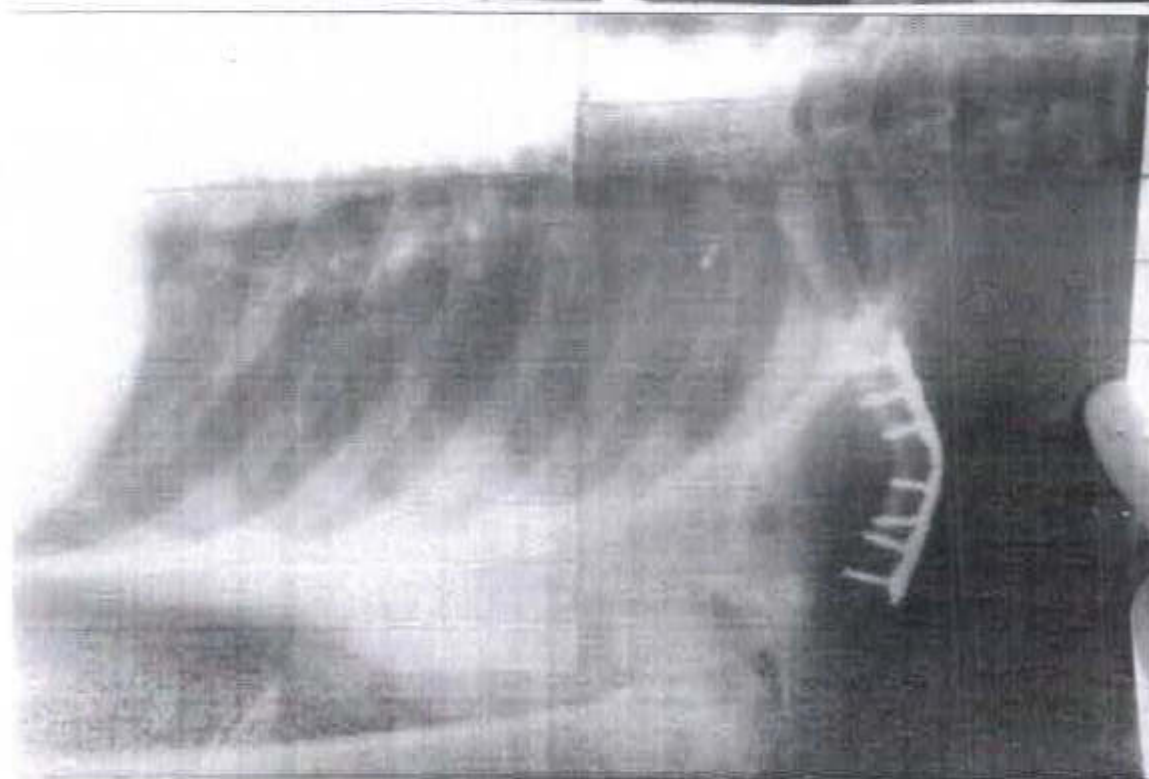
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em mesa ortopédica. 2) Realizado a redução incruenta da fratura sem sucesso. Verificado grave cominuição da fratura, com grande desvio dos fragmentos principais. 3) Assepsia e antisepsia 4) Aposição de campos cirúrgicos 5) Incisão em face lateral do quadril. Dissecção por planos e hemostasia. Realizado fasciotomia da fascia lata e glúteo máximo. Realizado a osteotomia do fêmur. Obtido a redução da fratura (grande dificuldade para redução da fratura) e estabilizado com pinças. Identificado o ponto de entrada da haste céfalo-medular. Passado fio guia. Fresagem através do fio guia. Colocado haste cefalo-medular (gamma). Realizado o bloqueio proximal com 01 pino deslizante. Realizado o bloqueio distal com 01 parafuso. Realizado o bloqueio do pino deslizante. Verificado boa redução da fratura e boa posição dos implantes através de scopia no ap e perfil. Realizado tenoplastia dos abdutores com nylon e vicryl. Verificado bom tensionamento dos abdutores. 6) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia. 7) Sutura por planos com Vycril e Nylon. 8) Curativo 9) Retirado paciente da mesa ortopédica 10) Verificada boa perfusão distal 11) Radiografia controle

Dr. GUILHERME DIDIER DE ANDRADE LIMA
CRM: 15961







REPUBLICA ARGENTINA DO BRASIL

08R01

IDENTIFICACION DE VOTANTE

1-2-1

10

1.340.741

12/06/2014

<< JOSÉ VIEIRA DA COSTA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA COSTA >>

<< EUGENIA VIEIRA DE ANDRADE >>

05/06/1957

PILAR - PB

<< CC.6267 L.813 F.236V CART.

LINDEIRO-PE 20.052098 >>

915/PLSEF: 8009889762-1

170.686.354-49

LEITE E TELA EM JOVENS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014083705864

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO	493227539	INDIC	1	EXERCÍCIO	2018
---------	-----------	-------	---	-----------	------

TAYNA MAYARA DE ALMEIDA

LIMOEIRO-PE

PLACA	9GD1061
-------	---------

PLACANT/DE	118-201-204-30	CHASSI	9C2EC1676CE620233
------------	----------------	--------	-------------------

TIPO DE VEICULO	COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN EST	2012	2012

CAPACIDADE	CATEGORIA	COR PR DOMINANTE
2P/149CL	PARTIC	VERMELHA

COTA ÚNICA	VEIC. COTA ÚNICA	VEDICOTAS
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

GUARDE BEM O BILHETE DO SEU SEGURO DPVAT
SE PERDER O BILHETE DO SEU SEGURO DPVAT
O SEU SEGURO DPVAT SERA CANCELADO E VOCAO PARA PAGAR O SEU SEGURO DPVAT

PE Nº 014083705864 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TAYNA MAYARA DE ALMEIDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	05/09/18

PLACA	9GD1061
-------	---------

CHASSI	9C2EC1676CE620233
--------	-------------------

ANO FAB	ANO MOD
2012	2012

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

PREMIO TARIFARIO	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
1	1	1

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
POIS NÃO É DE FORTALEÇA TOTAL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681756 **Cidade:** Feira Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.12
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (HASTE INTRAMEDULAR). P.16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DO OMBRO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Benedito Antonio de Oliveira brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Lot. São José nº 13, bairro Centro, Município de Feira Nova, Estado de(o) PE, Cep: 55.715.000, portador(a) do Rg nº 11.102.481, SSP/PE e CPF nº 112.545.284-66.

Outorgado: Jose Vieira da Costa brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão Marcegaro, residente e domiciliado(a) à Rua Av. Severino Pinheiro nº 516, bairro Centro, Município de Litmoeno, Estado de (o) PE, Cep: 55.700.000, portador (a) do RG nº 1340741, SSP/PE e CPF nº 110.588.356-49.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Benedito Antonio de Oliveira, ocorrido em 22 de 04 / 2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Litmoeno (PE) 05 de Dezembro de 2019.

Cartório
3º Ofício
Litmoeno-PE
(11) 3028-0762

Benedito Antonio de Oliveira
Outorgante
CPF Nº 112.545.284-66

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436803/19

Vítima: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

CPF: 112.545.284-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/07/2019

Titular do CPF: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE VIEIRA DA COSTA : 170.688.354-49

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

BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA : 112.545.284-66

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: 06/12/2019
Nome: JOSE VIEIRA DA COSTA
CPF: 170.688.354-49

JOSE VIEIRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681756

Vítima: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681756

Vítima: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE VIEIRA DA COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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: **BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **001**

Agência: **000001360-9**

Conta: **0000017429-7**

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 112.545.284-66 4 - Nome completo da vítima: Benedito Antonio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Benedito Antonio de Oliveira 6 - CPF: 112.545.284-66
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: 101 - São José 9 - Número: 13 10 - Complemento: cam
11 - Bairro: Campos 12 - Cidade: Feira Nova 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.715.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: do Brasil
AGÊNCIA: 1360 9 CONTA: 17.429 7
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNJ) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou neta(o) ou neto(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Feira Nova (PE) Dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681756 **Cidade:** Feira Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.12
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (HASTE INTRAMEDULAR). P.16
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DO OMBRO DIREITO E LEVE
DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 122ª CIRCUNSCRIÇÃO - FEIRA NOVA - DP122ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0212000863

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/12/2019 às 09:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/7/2019 no período da Noite

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTO

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA, 1, PE 53 - Bairro: CENTRO - FEIRA NOVA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: BAR DA REDE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
THAYNA MARIA DE ALMEIDA (OUTRO)
BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

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

BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA JOSE DA SILVA - Pai: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA - Data de Nascimento: 02/1999 - Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL - Documentos: 1102451/50 S-PE (RG), 11254822488 (CPF) - Estado Civil: SOLTEIRO(A) - Escolaridade: 1ª GRAU INCOMPLETO - Profissão: AGRICULTOR(A) - Telefones Fixos: 93101646

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE FEIRA NOVA, 1, LOTEAMENTO SAO JOSE DA CACHOEIRA, 13 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - FEIRA NOVA/PERNAMBUCO/BRASIL, DEPOSITO DE AREIA

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

THAYNA MARIA DE ALMEIDA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): THAYNA MARIA DE ALMEIDA, que estava em posse do(a) Sr(a): BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTO CICLETA/HONDA/CG 125 - Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Complemento / Observação

A PESSOA DE BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO. NO REFERIDO LOCAL ELE PERDEU O CONTROLE DA MOTO NUMA CURVA, FALOU QUE DE REPENTE A MOTO NAO RESPONDEU AO SEU COMANDO. A MOTO DERRAPOU ELE SAN ROLANDO PRA UM LADO E ELE PRO OUTRO. JOGADO A UMA DISTANCIA LONGA FOI ATENDIDO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE FEIRA NOVA, HO DIA 22 DE JULHO SOB A SENHA 573200. REGIAO DA CLAVICULA E DO FEMUR FORAM AVARIADOS, DIZ ANDA QUE SOFRE COM A LESAO E QUE TEM A PERNA FRAGIL DESDE O ACIDENTE.

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

Benedito Antonio de Oliveira
BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LUIZ DA CRUZ - Matrícula: 360718-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 112.545.284-66 4 - Nome completo da vítima: Benedito Antonio de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: Benedito Antonio de Oliveira 6 - CPF: 112.545.284-66
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: 101 - São José 9 - Número: 13 10 - Complemento: cam
11 - Bairro: Campos 12 - Cidade: Feira Nova 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.715.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO: do Brasil
AGÊNCIA: 1360 9 CONTA: 17.429 7
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS 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: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou neta(o) ou neto(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Feira Nova (PE) Dezembro 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BENEDITO ANTONIO DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01360-9

CONTA: 000000017429-7

Nr. da Autenticação 57899BD6A919C830



Tarifa Social de Energia Elétrica - Cidade pela Lei 10.433, de 26/06/02

NOTA FISCAL - PATRÃO - COMISSÃO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902
DNPJ 16.035.870/0001-00 / Insc. Est. (00384) 81 / www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SRA. JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
LO. SAO JOSE

CPF 013.828.634-47 NIS 1050943545

CENTROFEIRA NOVA
FEIRA NOVA PE
55715-500

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

NUM. CONTADOR	7023868450	PERÍODO	10/2019
DATA DE INÍCIO	25/10/2019	DATA DE FIM	19/11/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	116,33		

DESCRIÇÃO	VALOR	PERÍODO
DESCRIÇÃO	VALOR	PERÍODO
DESCRIÇÃO	VALOR	PERÍODO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,37040719	11,11
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,40260636	28,19
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	74,0000000	0,95254750	70,47
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,82
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,92
Contrib. Sup. Fuzeta Municipal			17,30
ICMS Substituição ICMS NF 014000011-1/10/2019			0,81
ICMS Substituição Base Renda			0,06

TOTAL DA NOTA 116,33

SINCRONIZADOR DE CONSUMO DE NOTA FISCAL								
Nº DO REGISTRO	TÍPO DE REGISTRO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE CONSUMO	ALÍQUOTA	ALÍQUOTA	ALÍQUOTA	CONSUMO (kWh)
000000	00	10-10-2019	10-12-2019	10-12-2019	10-12-2019	10-12-2019	10-12-2019	174,28

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO	
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR

Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para 0800-0000000. O Celpe é uma empresa de utilidade pública e presta serviços essenciais à população. Nosso compromisso é oferecer energia elétrica de qualidade e com o menor custo possível.

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO	
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR

DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO		DESCRIÇÃO DO CONSUMO	
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR
DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR	DESCRIÇÃO	VALOR

Conta
081-9.96686080
081-9.9482869P

SACOS NÔ CUNTE
JOSE VIEIRA DA COSTA

INSTITUTO DA IMAGEM CONSUMIDORA
AV. SEVERINO FARIAS, 211

CPF 170 008 354-40

CENTRO LIAZERO
LINDOIA-PE
55700-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDUOS
RESIDUAIS

079822164	LARCA	03/10/2019
079102219	2000000000	190517

7001722470	10/2019
14/10/2019	07/11/2019
270 23	

2009年12月10日 星期四

	NUMERO DE	PREÇO (R\$)	QUANT. (R\$)
Consumo Abastecimento	294 0000000	0,21(0000)	236,34
Antecima Bateria ABIPRESA			1,87
Antecima Bateria UCMELVA			13,62
Conto. Km. Policia Municipal			12,35
ICMS Subwção- CDE- NF 150203345-04/01/18			1,83
ICMS Subwção- CDE- NF 111181881-26/08/18			1,83

TOTAL DA FATURA

REGISTRATION OF LICENSED BRYANITA PURSAL										ETD. 2
WFO HOLDING	TIPO DE PURSAL	ANOTACION		ACTUAL		WFO SAR	COMPARTE	USASTE	COMUNIC. (SAR)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA					
INSTRUMENTO	CAI	04/06/2019	14 75,00	05/06/2019	14 225,00	00	120000		04/06	

Age Group	Male	Female
18-24	100	120
25-34	150	180
35-44	200	220
45-54	180	200
55-64	120	150
65+	80	100

Age Group	Male	Female
18-24	100	120
25-34	150	180
35-44	200	220
45-54	180	200
55-64	120	150
65+	80	100

© 2000 by John Wiley & Sons, Inc.

REGOLAMENTO DI AMMISSIONE ALLA SCUOLA DELL'INFANZIA

La scuola dell'infanzia accoglie i bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni, in base al numero di posti disponibili. L'ammissione è subordinata al possesso dei requisiti di cui all'art. 1 del Regolamento di Ammissione alla Scuola dell'Infanzia, approvato dal Consiglio d'Istituto con delibera n. 10 del 15/05/2012. I genitori dei bambini ammessi alla scuola dell'infanzia sono tenuti a versare la quota di partecipazione alle spese per la gestione della scuola, come stabilito dall'art. 2 del Regolamento di Ammissione alla Scuola dell'Infanzia, approvato dal Consiglio d'Istituto con delibera n. 10 del 15/05/2012. La quota di partecipazione alle spese per la gestione della scuola è stabilita in base al numero di bambini ammessi alla scuola dell'infanzia e al numero di bambini che frequentano la scuola dell'infanzia. La quota di partecipazione alle spese per la gestione della scuola è stabilita in base al numero di bambini ammessi alla scuola dell'infanzia e al numero di bambini che frequentano la scuola dell'infanzia.

[illegible]

Produção e produtividade por departamento				
Indicador	Valor absoluto	Valor relativo	Valor absoluto	Valor relativo
PPV	0,32	0,78	11,94	32,14
PC	0,32	0,98	0,00	1,20
2000	0,00	0,20	0,00	0,00

Unidade: R\$/h

Linha de produção	
Produto	Quantidade
PPV	300
PC	20

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: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPG=1&CODIGO=23636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOSE VIEIRA DA COSTA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

170688354-49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Benedito Antonio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.545.284-66

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalido

da Vítima

Benedito Antonio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

112.545.284-66

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:

Av. Suenno Linheiro

Número:

576

Complemento:

Casa

Bairro:

centro

Cidade:

Limoeiro

Estado:

PE

CEP:

55.700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

Limoeiro (PE) 0

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

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: 4020-1596 / 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPG=1&CODIGO=23636>

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

JOSE VIEIRA DA COSTA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

170688354-49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Benedito Antonio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.545.284-66

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalido

da Vítima

Benedito Antonio de Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

112.545.284-66

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:

Av. Suenno Linheiro

Número:

576

Complemento:

Casa

Bairro:

centro

Cidade:

Limoeiro

Estado:

PE

CEP:

55.700-000

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data:

Limoeiro (PE) 0

[Assinatura]

Assinatura do Declarante