
Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592008

Vítima: JOAO FERREIRA DE AMORIM

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO FERREIRA DE AMORIM

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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592008

Vítima: JOAO FERREIRA DE AMORIM

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO FERREIRA DE AMORIM

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito da indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: **217.543.734-53** Nome completo da vítima: **JOÃO FERREIRA DE AMORIM**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **JOÃO FERREIRA DE AMORIM** CPF titular da conta: **817.543.734-53** Profissão: **AGRICULTOR**
Endereço: **TV 2 JATOBÁ 2** Número: **2** Complemento: **CASA**
Bairro: **GLACONDA** Cidade: **GLÓRIA DO GOITÁ** Estado: **PE** CEP: **55620-000**
Email: **ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM** Telefone (DDD): **81** 9.9526-4343

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que o endereço informado é o endereço atual. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **2081** D.V.: **8** CONTA: **13.381** D.V.: **7**
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO: **BRB** Nome: **BRB**
AGÊNCIA: **BRB** D.V.: **BRB** CONTA: **BRB** D.V.: **BRB**
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

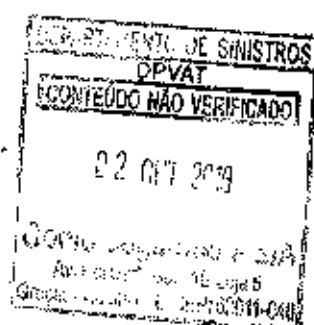
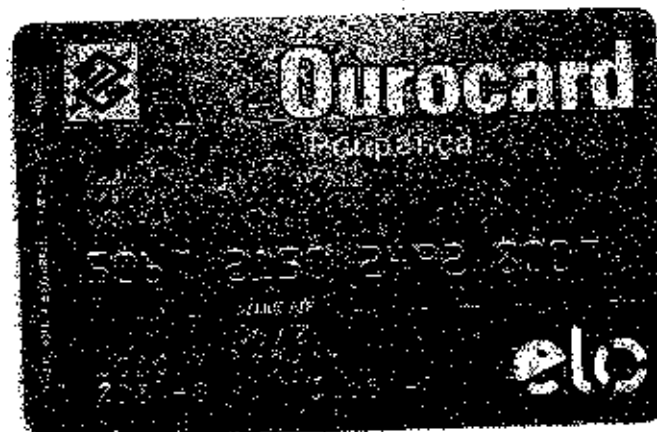
GLÓRIA DO GOITÁ, 18 de JULHO de 2018

Lugar e Data

João Ferreira de Amorim

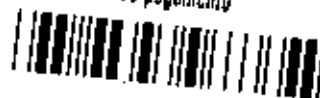
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 217.543.734-53 4 - Nome completo da vítima: JOÃO FERREIRA DE AMORIM

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

5 - Nome completo: JOÃO FERREIRA DE AMORIM 6 - CPF: 217.543.734-53
7 - Profissão: AUTONOMO 8 - Endereço: TV 2 JATOBA 9 - Número: 2 10 - Complemento:
11 - Bairro: LOTTO GIOCONDA 12 - Cidade: GLORIA DO GOITA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55620-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-99388-9809

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:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2081 8 CONTA: 13381 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 6.194/74), 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 6.194/74.

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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, GLORIA DO GOITA, 14, OUTUBRO, 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



47 6366
0360272118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0154000710**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/09/2018** às **22:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 4/3/2018 no período da Manhã

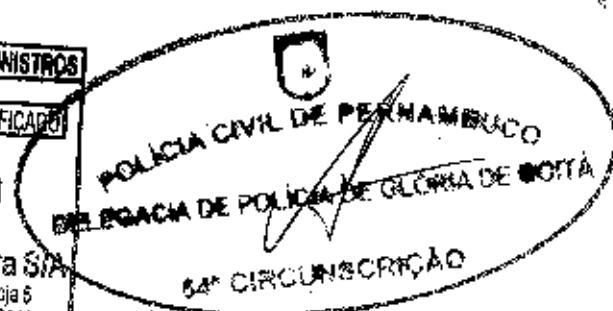
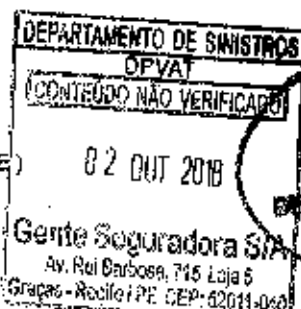
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, ESTRADA QUE LIGA O DISTRITO DE APOTI AO CENTRO DE GLORIA DO GOITÁ- ZONA RURAL** - Bairro: **DISTRITO APOTI - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTORISTA DO ONIBUS (AUTOR / AGENTE)
JOAO FERREIRA DE AMORIM (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO FERREIRA DE AMORIM**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA DO ONIBUS**



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

JOAO FERREIRA DE AMORIM (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **13/2/1957** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **14066835/SDE/PE (RG), 21754373453 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Telefones Celulares: **- 995264343**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JATOBA, 2, SEGUNDA TRAVESSA JATOBA - CEP: 0** - Bairro: **JATOBA - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTORISTA DO ONIBUS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO FERREIRA DE AMORIM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO FERREIRA DE AMORIM**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/FIAT PALIO WEEKEND** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKX3230** (PERNAMBUCO/GLORIA DO GOITA)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010**

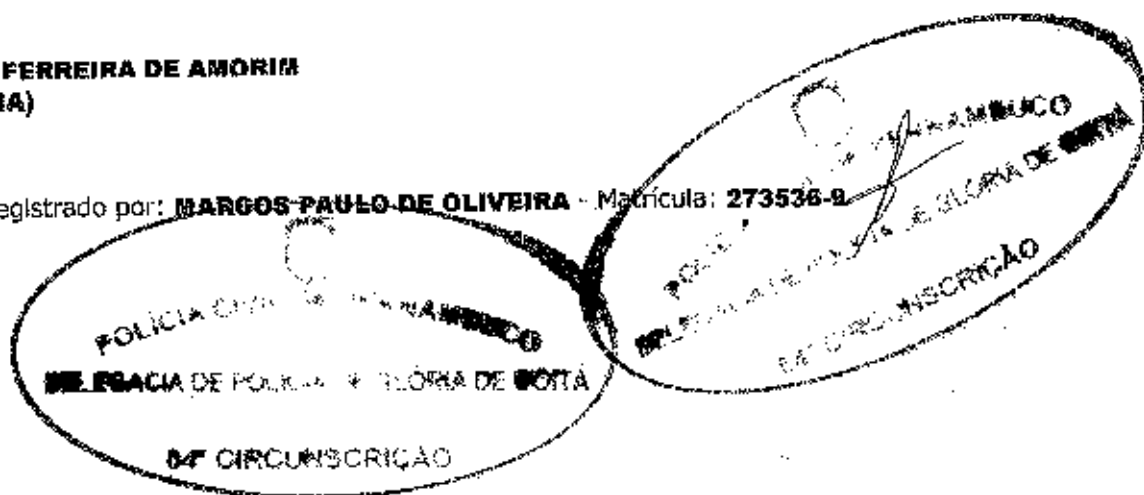
ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTORISTA DO ONIBUS**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MOTORISTA DO ONIBUS
 Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/MERCEDES-BENZ/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

A VITIMA TRAFEGAVA COMO MOTORISTA EM SEU VEICULO PALIO, PELA VIA QUE LIGA GLORIA DO GOITA AO DISTRITO DE APOTI, NO SENTIDO GLORIA DO GOITA / APOTI, QUANDO VEIO A COLIDIR COM UM ONIBUS AZUL. A VITIMA FICOU DESACORDADA E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA CIDADE DE GLORIA DO GOITA, INICIALMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE GLORIA DO GOITA E EM SEGUIDA FOI TRANFERIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS ONDE FOI SUMETIDO A CIRURGIA NA PERNA ESQUERDA, POR FRATURA EXPOSTA NO FEMUR, O CONDUTOR DO ONIBUS NAO FOI IDENTIFICADO.

JOAO FERREIRA DE AMORIM
(VITIMA)

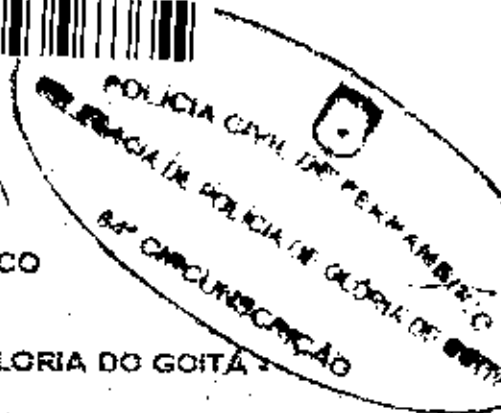
B.O. registrado por: **MARCOS PAULO DE OLIVEIRA** Matrícula: **273536-9**



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 664ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ
DP64ªCIRC DINTERIA12ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0154000477

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/06/2018 às 10:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 4/3/2018 às 05:00

Local do acidente no endereço: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITÁ, 1. ESTRADA QUE LIGA O CENTRO DE GLÓRIA DO GOITÁ AO DISTRITO DE APOTI - Bairro: ZONA RURAL - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

"DESON" (MOTORISTA DE ÔNIBUS DE APOTI, QUE PRESTA SERVIÇO PARA O VEREADOR CÍCERO DE APOTI); AUTOR (AGENTE)
TSS TRAVEL BUS SERVICE LTDA (OUTRO);
JOAO FERREIRA DE AMORIM (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): "DESON" (MOTORISTA DE ÔNIBUS DE APOTI, QUE PRESTA SERVIÇO PARA O VEREADOR CÍCERO DE APOTI)
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): JOAO FERREIRA DE AMORIM

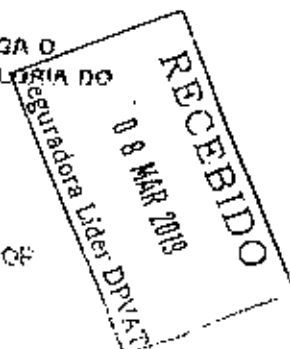
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOAO FERREIRA DE AMORIM (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO
Data de Nascimento: 13/2/1957 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITÁ, 113, RUA ANAXIS, 113, NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITÁ - CEP: 55075-000 - Bairro: CENTRO - GLORIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL

"DESON" (MOTORISTA DE ÔNIBUS DE APOTI, QUE PRESTA SERVIÇO PARA O VEREADOR CÍCERO DE APOTI) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 14/4/1980
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

TSS TRAVEL BUS SERVICE LTDA - Ramo de Atividade: TRANSPORTE, ARMAZENAGEM E COMUNICAÇÕES

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



Qualificação do(s) el(e)trô(n)ico(s) envolvido(s)

01 (UM) VEÍCULO FANTASIA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) JOAO FERREIRA DE AMORIM, que estava em posse do(a) Sr(a) JOAO FERREIRA DE AMORIM
 Categoria/Modelo: AUTOMOVELE/FANTASIA Chassi informado: Não
 Cor: PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: RYK3220 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO), Renavam: 120471202
 Ano: 1 ano(s) 0 mês(es) 0 dia(s)

01 (UM) ÔNIBUS MERCEDES 1415 HSOBUS SPEC (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) TBS TRAVEL BUS SERVICE LTDA, que estava em posse do(a) Sr(a) "DESON" (MOTORISTA DE ÔNIBUS DE APODI, QUE PRESTA SERVIÇO PARA O VEREADOR CÍCERO DE APODI)
 Categoria/Modelo: ÔNIBUS/MERCEDES-BENZ/NÃO INFORMADO Chassi informado: Não
 Cor: AZUL - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: LPB7457 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO), Renavam: 002220000 Chassi: 00TAX4067300000262

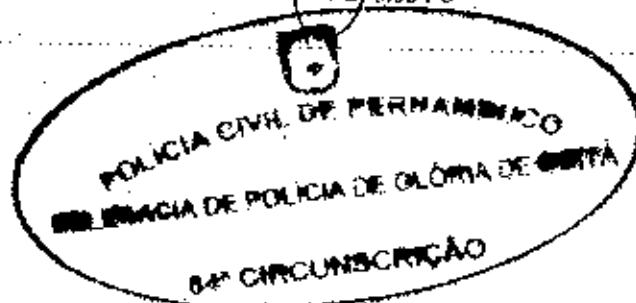
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTA TRANSITAVA PELA ESTRADA QUE LIGA O CENTRO DA CIDADE AO DISTRITO DE APODI, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOIÁ/APODI, QUANDO FOI ATINGIDO PELO ÔNIBUS ACIMA MENCIONADO. A VÍTIMA FICOU PRESA AS FERRENTAS DO VEÍCULO E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS E ENCAMINHADO INICIALMENTE ATÉ O HOSPITAL DE GLÓRIA DO GOIÁ. POSTERIORMENTE, A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, ONDE FOI SUSMETIDO A CIRURGIA NA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA SOFREU FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO. O CONDUTOR DO ÔNIBUS FOI IDENTIFICADO APENAS COMO "DESON" (QUE PRESTA SERVIÇOS PARA O VEREADOR CÍCERO DE APODI, NADA MAIS DISSE.

Assinatura do(s) pass(s)ante(s) presente nesta unidade policial:

JOAO FERREIRA DE AMORIM
 (VÍTIMA)

R.O. registrado por: NATHAN JOSÉ DE OLIVEIRA MEDEIROS - Matrícula: 273.091-0



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS DE TÍTULOS DE VITÓRIA DE SANTO ANTÔNIO/PR
 07/03/2019 09:16:40
 Autenticação de Documento.
 Conferência original que me foi apresentado. Dou fé.
 Marcos Antonio Carvalho de Melo
 Tabelião Substituto
 Selo Digital: 0073650VHE0101901.03113
 Custas R\$ 3,41 TSNR R\$ 0,88 Total R\$ 4,08
 Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital
 Assinado: DANIEL A



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **JOÃO FERREIRA DE AMORIM** CPF da Vítima **217.543.734-53** Data do Acidente **04-03-2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante Legal _____
E-mail _____ Telefone (DDD) _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas do Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

GLORIA DO GOIÁS 18 de JULHO de 2018
Local e Data

João Ferreira de Amorim
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria Municipal de Saúde

①

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 04/03/18	Hora da Chegada: 7:52	Hora da Saída:
Nome: João Ferreira de Amorim	Registro Nº: 249390	
Data de Nascimento: 13/02/57	Idade: 61 anos	Cor: Sexo: M Estado civil:
Nome da Mãe: Severina M. da Conceição		
Endereço: Lot. Guacunda	Nº:	Bairro:
Naturalidade: Glória do Góia	Responsável: 0	
Fora: ()		

H. D. A. Colisão carro e carro com fratura
de fêmur e tórax G = 15

Alve: NDN

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg: HGT: mg/dL Temperatura: °C

Pulso: DEPARTAMENTO DE SINISTROS: kg. SpO₂: %

Diagnóstico: CONTENDO NÃO SINISTROS de fêmur E

02 OUT 2018
GOMES ASSOCIADOS - SIA
Av. Roldão, 715 Loja 5
GOMES ASSOCIADOS - CEP: 68611-900

PRESCRIÇÃO

Senha de Transferrência
5375846

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ORTOPEDIA
HOF



Terça-feira, 05 de Maio de 2018 10:13:00
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Póo Mela, Recife, Pernambuco - CEP 50060-000
CNPJ 15.621.852/0001-00 | Insc. Est. 00.2845-05 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO CLIENTE
MARIA DE LOURDES F. S. VASCONCELOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 2 JATOBÁ 2

CPF: 148.091.508-02 NIS: 1208800155

L. OTTO GIGONDIAS - CRIADO GOITA
O. CRIADO GOITA ME
55820-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM NIS
MOTIVADO

CONTRATO
0006999773 05/2018

DATA DE VENCIMENTO
23/05/2018 15/06/2018

DATA DE CANCELAMENTO
01/07/2018 18/02/2018

DATA DE CANCELAMENTO
01/07/2018 18/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

Consumo Ativos 33 kWh
Acrescimo Bateria INVARIA
Multa por atraso F.C. 2002222 - 180413
PRÓ. CRIAD. (CA 05113-12-800) R\$ 000,00: 3,65

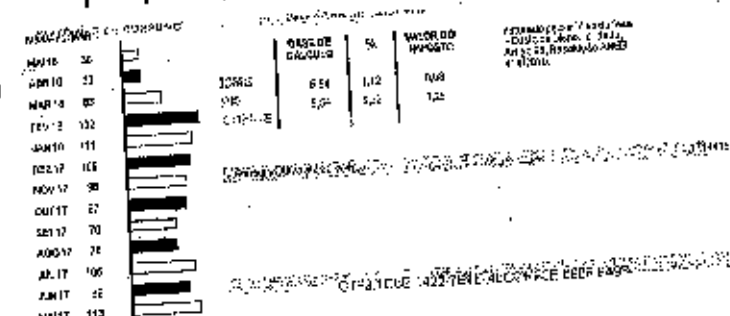
CUNTO DE

PREÇO (R\$)

VALOR (R\$)

TOTAL CAPTURA

PERÍODO	Tipo de Consumo	Arquivo	Letura	Atual	Letura	Preço	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
01/07/2018	01/07/2018	01/07/2018	10.493,0	10.493,0	10.493,0	1,12	1,12		21,22



Consumo Ativos 33 kWh
Acrescimo Bateria INVARIA
Multa por atraso F.C. 2002222 - 180413
PRÓ. CRIAD. (CA 05113-12-800) R\$ 000,00: 3,65

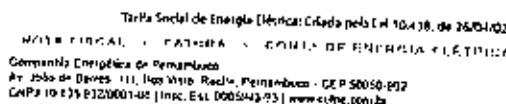
Consumo Ativos 33 kWh
Acrescimo Bateria INVARIA
Multa por atraso F.C. 2002222 - 180413
PRÓ. CRIAD. (CA 05113-12-800) R\$ 000,00: 3,65

PERÍODO	Tipo de Consumo	Arquivo	Letura	Atual	Letura	Preço	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
01/07/2018	01/07/2018	01/07/2018	10.493,0	10.493,0	10.493,0	1,12	1,12		21,22

Consumo Ativos 33 kWh
Acrescimo Bateria INVARIA
Multa por atraso F.C. 2002222 - 180413
PRÓ. CRIAD. (CA 05113-12-800) R\$ 000,00: 3,65

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 OUT 2018
Gente B...
Ass...
Ass...

Consumo Ativos 33 kWh
Acrescimo Bateria INVARIA
Multa por atraso F.C. 2002222 - 180413
PRÓ. CRIAD. (CA 05113-12-800) R\$ 000,00: 3,65

[illegible]

የሕዝብ ወገን ርዕሰ ምክር ቤት ማህተም

[illegible]- **341**

12/2015

DATE PREPARED: 1/2/2012

40103100

1-16/04/2020

..

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Consumo Alcool 30 L/100km	30,00000000	0,19441265	5,83
Consumo Alcool superior a 30 qto 100 L/100km	87,00000000	0,21013398	21,16
Acrescimo 10% sobre a consum. Al.			0,21
Consumo Puro Poluição do motor			1,22
Montagem Alcool 1.6 1100 (1998/99) - 1998/99			0,34
Montagem Alcool 1.6 1100 (1998/99) - 1998/99			0,40
Montagem Alcool 1.6 1100 (1998/99) - 1998/99			0,02
Montagem Alcool 1.6 1100 (1998/99) - 1998/99			3,00

TOTAL CAFEATLRA

3153

DIMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA HOJA TITULO

N DO MESSENGER	TPC ha PUNCH	ANALYSIS		ANALYSIS		MODE PAGE	CONSTANCE	ADJUST	RECORDED WITH
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
197515	Cel	1041012	101230	1042000	1010000	12	1.0000		11/00

በጋራ ጥያቄ ላይ የተመሰረተ

時間: 45分 9.02 35/04/2008

doi:10.1017/S0022292412001909

destaque sobre:

Setor	%
1. Comércio Atacadista e Varejista	14.3%
2. Indústria e Construção	14.3%
3. Serviços	14.3%
4. Transportes	14.3%
5. Mineração	14.3%
6. Energia	14.3%
7. Outros	14.3%

Composição da amostra:

Setor	%
1. Comércio Atacadista e Varejista	14.3%
2. Indústria e Construção	14.3%
3. Serviços	14.3%
4. Transportes	14.3%
5. Mineração	14.3%
6. Energia	14.3%
7. Outros	14.3%

Legenda:

- 1. Comércio Atacadista e Varejista
- 2. Indústria e Construção
- 3. Serviços
- 4. Transportes
- 5. Mineração
- 6. Energia
- 7. Outros

Fonte: IBGE, 1995.

INTRODUCTION

1987-1988. *Journal of the American Statistical Association*, 82(399), 103-114.
 1989. *Journal of the American Statistical Association*, 84(406), 103-114.
 1990. *Journal of the American Statistical Association*, 85(409), 103-114.
 1991. *Journal of the American Statistical Association*, 86(412), 103-114.
 1992. *Journal of the American Statistical Association*, 87(415), 103-114.
 1993. *Journal of the American Statistical Association*, 88(418), 103-114.
 1994. *Journal of the American Statistical Association*, 89(421), 103-114.
 1995. *Journal of the American Statistical Association*, 90(424), 103-114.
 1996. *Journal of the American Statistical Association*, 91(427), 103-114.
 1997. *Journal of the American Statistical Association*, 92(430), 103-114.
 1998. *Journal of the American Statistical Association*, 93(433), 103-114.
 1999. *Journal of the American Statistical Association*, 94(436), 103-114.
 2000. *Journal of the American Statistical Association*, 95(439), 103-114.
 2001. *Journal of the American Statistical Association*, 96(442), 103-114.
 2002. *Journal of the American Statistical Association*, 97(445), 103-114.
 2003. *Journal of the American Statistical Association*, 98(448), 103-114.
 2004. *Journal of the American Statistical Association*, 99(451), 103-114.
 2005. *Journal of the American Statistical Association*, 100(454), 103-114.
 2006. *Journal of the American Statistical Association*, 101(457), 103-114.
 2007. *Journal of the American Statistical Association*, 102(460), 103-114.
 2008. *Journal of the American Statistical Association*, 103(463), 103-114.
 2009. *Journal of the American Statistical Association*, 104(466), 103-114.
 2010. *Journal of the American Statistical Association*, 105(469), 103-114.
 2011. *Journal of the American Statistical Association*, 106(472), 103-114.
 2012. *Journal of the American Statistical Association*, 107(475), 103-114.
 2013. *Journal of the American Statistical Association*, 108(478), 103-114.
 2014. *Journal of the American Statistical Association*, 109(481), 103-114.
 2015. *Journal of the American Statistical Association*, 110(484), 103-114.
 2016. *Journal of the American Statistical Association*, 111(487), 103-114.
 2017. *Journal of the American Statistical Association*, 112(490), 103-114.
 2018. *Journal of the American Statistical Association*, 113(493), 103-114.
 2019. *Journal of the American Statistical Association*, 114(496), 103-114.
 2020. *Journal of the American Statistical Association*, 115(499), 103-114.
 2021. *Journal of the American Statistical Association*, 116(502), 103-114.
 2022. *Journal of the American Statistical Association*, 117(505), 103-114.
 2023. *Journal of the American Statistical Association*, 118(508), 103-114.
 2024. *Journal of the American Statistical Association*, 119(511), 103-114.
 2025. *Journal of the American Statistical Association*, 120(514), 103-114.

1. **Einleitung:** Begrüßung der Teilnehmer und Einführung in das Thema.

FATURA MENSAL CARTÃO MASTERCARD INTERNACIONAL

TITULAR: MARCELO CUNHA

CARTÃO: 543882*****7055 Data de Postagem 18/02/2019

VENCIMENTO: 26/02/2019 Data de Processamento 16/02/2019

Data prevista para fechamento da próxima fatura: 19/03/2019

PAGAMENTO TOTAL

R\$ 296,01

PARCELA FÁCIL

Entrada R\$ 38,80 + 24x R\$ 30,67

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 14,80

PARCELA PRONTA

Nfca Elegível

Limites (R\$):

Limite de crédito: 2.000,00

Resumo da fatura (R\$):

Total da fatura anterior:	116,89
Pagamentos efetuados/créditos:	116,99
Lançamentos atuais/débitos:	296,01
Total desta fatura:	296,01

Total despesas parceladas a vencer: R\$ 1.220,55

Resumo despesas no exterior:

Saldo em dólar:	US\$ 0,00
Saldo convertido em reais:	R\$ 0,00
Cotação em reais do dólar em 15/02/2019:	R\$ 3,88

*Variação a cotação do dólar no mês do pagamento, os ajustes (créditos/débitos) serão feitos na taxa próxima fatura.

Encargo de financiamento:

Período atual	Próximo período
26/01/2019 a 25/02/2019	26/02/2019 a 25/03/2019
TAXA A.M.	TAXA A.M.

Juros Rotativo	14,99%	484,31%	14,99%
Juros Remuneratório	14,99%	698,21%	14,99%
Juros Remuneratório de parcelamento de fatura*	-	-	Consulte em sua próxima fatura

*Para exemplos de composição de produtos financeiros, consulte tabela no site www.bancobrasil.com.br.
Para detalhamento dos encargos de financiamento, entre em contato com o Central de Atendimento.
Exatidão de pagamento mínima: R\$40,00. *Cargos de juros a partir de 01 de Junho de 2018.

Multa	2,00%	por atraso	Mora	1,00%	ao mês
-------	-------	------------	------	-------	--------

LANÇAMENTOS:

DATA	DESCRIÇÃO	US\$	R\$
	SALDO FATURA ANTERIOR		116,89
	LANÇAMENTOS NO BRASIL		
	MARCELO CUNHA	543882*****7055	
04/01	CLINICA ODONTOLOGICA VITORIA DE SA-27		105,09
21/01	ADMARCEL OCAR, Osasco-1/10		113,92
28/01	Pagamentos em outras faturas		116,89
04/02	PAG Titulim Fia, RECIFE-114		65,10
15/02	ANUIDADE Básica - Fev/19		11,89
	TOTAL DA FATURA		R\$ 296,01

Comprovante de residência



Aproveite a comodidade da fatura digital e simplifique o seu dia a dia. Para saber mais, fale com a nossa Central de Atendimento.

Bradesco	237-2	23792.37205 92006.058678 02003.323207 7 00000000000000	
Nome do Pagador/CNPJ/Endereço MARCELO CUNHA CPF: 039.830.834 - 98 RUA PEDRO RIBEIRO 25 - CS - UNIVERSITARIO VITORIA DE SANTO ANT - PE - CEP: 55612-275			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110		Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1	
Nome do Documento 09/20060586702-4	Nº Documento 543882*****7055	Data de Vencimento 26/02/2019	Valor do Documento R\$ 296,01
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
30000 001480 09/20060586702-4 0001001R07040R 002602 190001 001R07 040842			

Bradesco	237-2	23792.37205 92006.058678 02003.323207 7 00000000000000	
Local de Pagamento Pague sua fatura em qualquer banco, sempre após a data de vencimento. De preferência, pague o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou juros de atraso. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Nome do Documento 15/02/2019	Nº do Documento 543882*****7055	Data de Vencimento 26/02/2019	Valor do Documento R\$ 296,01
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110	Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1	Nome do Documento 09/20060586702-4	Nº do Documento 543882*****7055
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Beneficiário/CNPJ/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.157.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110			
Agência/Código do Beneficiário 2372-8/0033232-1			
Nome do Benefici			

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

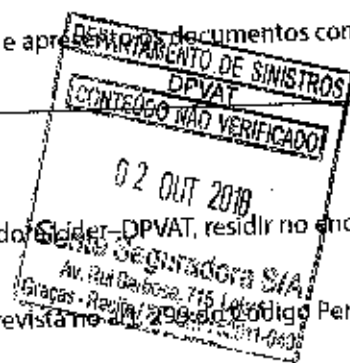
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADSON XAVIER ALVES inscrito (a) no CPF/CNPJ 922.665.174 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOÃO FERREIRA DE AMORIM inscrito (a) no CPF sob o nº 217.543.734 / 53, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOÃO FERREIRA DE AMORIM inscrito (a) no CPF sob o nº 217.543.734 / 53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento 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		Número	Complemento
RUA 15 DE NOVE MBRO		33-A	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	GLÓRIA DO GOITÁ	PE	55.620-000
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM			(81) 9.9526-4343

GLÓRIA DO GOITÁ 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À 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/0181101FCWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu MARCELO CARNEIRO DA CUNHA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.830.834-98, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO FERREIRA DE A. MORIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.543.705/53

da sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/17:

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

☐ Recusa 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: <u>RUA PEDRO RIBEIRO</u>	Número: <u>25</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>UNIVERSITÁRIO</u>	Cidade: <u>VITÓRIA DE SANTO ANTÃO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>UBIRAJARA1982@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>55612-275</u>	Tel.(DDD): <u>81987256109</u>

Local e Data: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 20 de FEVEREIRO 2019

Marcelo Carneiro da Cunha
Assinatura do Declarante



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

Documentação médica - hospitalar



LAUDO MÉDICO

O Sr. João Ferreira de Amorim foi submetido a osteossíntese para fratura de fêmur proximal esquerdo. Evoluiu com cut-out. No momento, em acompanhamento ambulatorial para reabilitação. Provavelmente necessitará de cirurgia de prótese de quadril esquerdo. Deve ser afastado definitivamente de atividades laborativas que sobrecarreguem os quadris.

CID - M16.9; S72.9

Recife, 23/07/2018

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedista
CRM-PE 13.408
CBO 31.20.01



JOAO F. REIRA DE AMORIM		01078563	898004140205
551192	MASCULINO	51a 1m 20d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-02



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

PACIENTE VITMA DE COLISÃO CARRO X ONIBUS COM FRATURA DE FEMUR FLCHADA DIAFISARIA ESQUERDO DIA 04/03/18

Tratamento:

04/03/18 TRAÇÃO TRANSESQUERDA TRASTIBIAL DR EMILTO
21/03/18 OSTEOSINTESE DE FRATURA DE COLO DE FEMUR E DIAFISARIA DL FEMUR ESQUERDO COM PINO DHS E PLACA DHS

OBS:

MARCAR AMBULATORIO DE DR. RODRIGO AMORIM (GRUPO DO QUADIL)

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL
EGB CONSCIENTE ORIENTADO - BEM HIDRATADO EUPNEICO.

DATA DA INTERNAÇÃO

04/03/2018

DATA DA ALTA

05/04/2018

Recife, 05 DE ABRIL DE 2018

Dr. Breno Avelar
Médico
CRM-PE 24626

BRENO ROCHA DE AVELAR - CRM: Nº.24626



Secretaria Municipal de Saúde

①

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 04/03/18	Hora da Chegada: 7:52	Hora da Saída:
Nome: João Ferreira de Amorim	Registro Nº: 249390	
Data de Nascimento: 13/02/57	Idade: 61 anos	Cor: Sexo: M Estado civil:
Nome da Mãe: Sônia Medeiros Conceição		
Endereço: Lot. Guacunda	Nº:	Bairro:
Naturalidade: Glória do Gostá	Responsável: 0	
Fone: ()		

H.D.A.: Colisão carro e carro com fratura
efe. fêmur E fechado G = 15.

AGR: NDN

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 150 x 100	mmHg	HGT:	mg/dL	Temperatura:	°C
Pulso:	bpm	Peso:	kg	Spo ₂ :	%
Diagnóstico: Fratura de fêmur E					

PRESCRIÇÃO

Senho de Trans. Ferencis

5375846

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

→ ORTOTEDIA

HOF



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

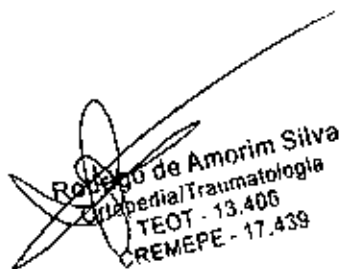


Secretaria Estadual de Saúde

LAUDO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. João Ferreira de Amorim foi submetido ao tratamento cirúrgico para fratura de fêmur esquerdo. No momento, evoluindo com coxartrose e dor importante local. Deverá ser submetido a artroplastia de quadril esquerdo. Encontra-se com encurtamento do MLE, com limitação de ADM. Sequela do trauma. Aguardo consolidação da fratura femoral para posterior artroplastia. Deve ser afastado de atividades laborativas que sobrecarreguem o quadril e col lombar.

CID - M16.9; M54.5


Roberto de Amorim Silva
Ortopedia/Traumatologia
TEOT - 13.406
CREMEPE - 17.439

Recife, 03/09/2018



Secretaria Municipal de Saúde

①

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Data: 04/03/18 Hora da Chegada: 7:50 Hora da Saída: _____
Nome: João Ferreira de Amorim Registro Nº 249390
Data de Nascimento: 13/02/57 Idade: 61 anos Cor: _____ Sexo: M Estado civil: _____
Nome da Mãe: Sobrinha M^{te} da Conceição
Endereço: Lot. Guacorda Nº: _____ Bairro: _____
Naturalidade: Glória do Góia Responsável: 0
Fone: () _____ / _____

H. D. A.: Colisão carro e carro com fratura
de fêmur E fechada G = 15.

ACR: NDN

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 150 x 100 mmHg: HGT: _____ mg/dL Temperatura: _____ °C
Pulso: _____ bpm Peso: _____ kg SpO₂: _____ %
Diagnóstico: Fratura de fêmur E

PRESCRIÇÃO

Senho de Trans. Ferreiros

5375846

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

⇒ ORTOPEDIA

HOF

04/03/18



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

LAUDO MÉDICO

O Sr. João Ferreira de Amorim foi submetido a osteossíntese para fratura de fêmur proximal esquerdo. Evoluiu com cut-out. No momento, em acompanhamento ambulatorial para reabilitação. Provavelmente necessitará de cirurgia de prótese de quadril esquerdo. Deve ser afastado definitivamente de atividades laborativas que sobrecarreguem os quadris.

CID – M16.9; S72.9

Recife, 23/07/2018

Rodrigo
Ortopedista
Assessoria Silva
CRM-PE 3.406
CNPJ 07.000.000/0001-90



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

LAUDO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o Sr. João Ferreira de Amorim foi submetido ao tratamento cirúrgico para fratura de fêmur esquerdo. No momento, evoluindo com coxartrose e dor importante local. Deverá ser submetido a artroplastia de quadril esquerdo. Encontra-se com encurtamento do MIE, com limitação de ADM. Sequela do trauma. Aguardo consolidação da fratura femoral para posterior artroplastia. Deve ser afastado de atividades laborativas que sobrecarreguem o quadril e col lombar.

CID – M16.9; M54.5


Roberto de Amorim Silva
Ortopedia/Traumatologia
TEOT - 13.406
CREMEPE - 17.439

Recife, 03/09/2018



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JOAO FERREIRA DE AMORIM

Prontuário: 01078563

Data de Nascimento: 13/02/1957

Idade: 62a 4m 2d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA E DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO

Feito o Exame de ANAMNESE + EX FÍSICO + RX

Observação:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR E TRANSTROCANTÉRICA À ESQUERDA EM 04/03/18 SENDO TRATADO COM DHS EM 21/04/18. EVOLUIU COM CUTOOT DE PINO DESLIZANTE E APRESENTA DOR INTENSA, SENDO NECESSÁRIO RETIRAR MATERIAL DE SÍNTESE E APLICAR PRÓTESE DE QUADRIL. SEM PREVISÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. AO PERITO MÉDICO A AVALIAÇÃO DAS QUESTÕES TRABALHISTAS E LEGAIS.

11/10: 572.7

Silvio Brandão Conte
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25186

Recife, 19/08/2019

SÍLVIO BRANDÃO CONTE - CRM 25186

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



JOAO FERREIRA DE AMORIM		01078563	898004140205
551192	MASCULINO	61a 1m 20d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-02



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

PACIENTE VITMA DE COLISÃO CARRO X ONIBUS COM FRATURA DE FEMUR FECHADA DIAFISARIA ESQUERDO DIA 04/03/18

Tratamento:

04/03/18 TRAÇÃO TRANSESQUERDA TRASTIBIAL DR EMILIO
21/03/18 OSTEOSINTESE DE FRATURA DE COLO DE FEMUR E DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO COM PINO DHS E PLACA
DHS

OBS:

MARCAR AMBULATORIO DE DR RODRIGO AMORIM (GRUPO DO QUADIL)

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL
EGB CONSCIENTE ORIENTADO BEM HIDRATADO EUPNEICO.

DATA DA INTERNAÇÃO

04/03/2018

DATA DA ALTA

05/04/2018

Recife, 05 DE ABRIL DE 2018

Dr. Breno Avelar
Médico
CRM-PE 24626

BRENO ROCHA DE AVELAR - CRM: Nº.24626



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: JOAO FERREIRA DE AMORIM

Prontuário: 01078563

Data de Nascimento: 13/02/1957

Idade: 62a 4m 2d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

FRATURA TRANSTROCANTERICA E DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO

Feito o Exame de ANAMNESE + EX FISICO + RX

Observação:

PACIENTE COM HISTORIA DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR E TRANSTOCANTERICA A ESQUERDA EM 04/03/18 SENDO TRATADO COM DHS EM 21/04/18. EVOLUIU COM CUTOOUT DE PINO DESLIZANTE E APRESENTA DOR INTENSA, SENDO NECESSÁRIO RETIRAR MATERIAL DE SÍNTESE E APLICAR PRÓTESE DE QUADRIL. SEM PREVISÃO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO. AO PERITO MÉDICO A AVALIAÇÃO DAS QUESTÕES TRABALHISTAS E LEGAIS.

Felipe Fragoso
Médico
CRM-PE 26180

Recife, 17 DE JUNHO DE 2019

FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: JOAO FERREIRA DE AMORIM

Prontuário: 01078563

Data de Nascimento: 13/02/1957

Idade: 62a 2m 14d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Paciente submetido a osteossíntese de fêmur esquerdo. Evolui com Cut-out em cabeça femoral. No momento, em acompanhamento ambulatorial para consolidação da fratura em região da diáfise, para posterior artroplastia do quadril esquerdo. Deve ser afastado de forma definitiva de atividades laborativas que sobrecarreguem os MMII.

CID - S72.3; M16.9; S 72.9

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedia/Traumatologia
TEOT 13.406
CREMOP 17.439

Recife, 29 DE ABRIL DE 2019

RODRIGO DE AMORIM SILVA - CRM: Nº.17439

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

10

1 11/11/2001 11:11 AM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETRAN - PE
DEPARTAMENTO DE FISCAMENTO, EMBENHAMENTO DE VEÍCULO

1. APOSTILAGEM Nº 013225817323

2. APOSTILAGEM Nº 013225817323

3. APOSTILAGEM Nº 013225817323

4. APOSTILAGEM Nº 013225817323

5. APOSTILAGEM Nº 013225817323

6. APOSTILAGEM Nº 013225817323

7. APOSTILAGEM Nº 013225817323

8. APOSTILAGEM Nº 013225817323

9. APOSTILAGEM Nº 013225817323

10. APOSTILAGEM Nº 013225817323

11. APOSTILAGEM Nº 013225817323

12. APOSTILAGEM Nº 013225817323

13. APOSTILAGEM Nº 013225817323

14. APOSTILAGEM Nº 013225817323

15. APOSTILAGEM Nº 013225817323

16. APOSTILAGEM Nº 013225817323

17. APOSTILAGEM Nº 013225817323

18. APOSTILAGEM Nº 013225817323

19. APOSTILAGEM Nº 013225817323

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU N/O. SEGURO DPVAT

RE Nº 013225817323 - PULPE DE SEGURO DPVAT

20. APOSTILAGEM Nº 013225817323

21. APOSTILAGEM Nº 013225817323

22. APOSTILAGEM Nº 013225817323

23. APOSTILAGEM Nº 013225817323

24. APOSTILAGEM Nº 013225817323

25. APOSTILAGEM Nº 013225817323

26. APOSTILAGEM Nº 013225817323

27. APOSTILAGEM Nº 013225817323

28. APOSTILAGEM Nº 013225817323

29. APOSTILAGEM Nº 013225817323

30. APOSTILAGEM Nº 013225817323

31. APOSTILAGEM Nº 013225817323

32. APOSTILAGEM Nº 013225817323

33. APOSTILAGEM Nº 013225817323

34. APOSTILAGEM Nº 013225817323

35. APOSTILAGEM Nº 013225817323

36. APOSTILAGEM Nº 013225817323

37. APOSTILAGEM Nº 013225817323

38. APOSTILAGEM Nº 013225817323

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

62 OUT 2000

Gento Seguradora S/A
Av. Rua Barbosa, 716
Gracas - Recife/PE

SEGURO DPVAT

PREMIO TABELARIO

SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091136/19

Vítima: JOAO FERREIRA DE AMORIM

CPF: 217.543.734-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 04/03/2018

Titular do CPF: JOAO FERREIRA DE AMORIM

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCELO CARNEIRO DA CUNHA : 039.830.834-98

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

JOAO FERREIRA DE AMORIM : 217.543.734-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019
Nome: JOAO FERREIRA DE AMORIM
CPF: 217.543.734-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

JOAO FERREIRA DE AMORIM

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO FERREIRA DE AMORIM, brasileiro, casado, comerciante, residente e domiciliado no Loteamento Gioconda, Travessa 2, Jatobá 2, nº 67, bairro Centro, Município de Glória do Goitá, Estado de Pernambuco, Cep.: 55620-000, portador do Rg nº 1.406.655, SSP/PE e CPF nº 217.543.734-53.

Outorgado: MARCELO CARNEIRO DA CUNHA, brasileiro, divorciado, advogado, residente e domiciliado à Rua Pedro Ribeiro, nº 25, bairro Universitário, Município de Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, Cep.: 55612-275, portador do RG nº 6.345.107 SSP/PE e CPF nº 039.830.834-98.

Por este instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, 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 Sr. **JOÃO FERREIRA DE AMORIM**, ocorrido em 04/03/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito procurador, representar o outorgante como se o próprio 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.

Vitória de Santo Antão, 15 de janeiro de 2019.

Outorgante: **JOÃO FERREIRA DE AMORIM**
CPF nº: 217.543.734-53.

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 309 - Recife - CEP: 55012-450 - Caixa Postal 54 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3523.5133 - e-mail: cartoriojoaovalois.com.br / cartoriojoaovalois.com

Reconheço a firma por autenticidade de:
JOÃO FERREIRA DE AMORIM Dou fe.

Em testemunho da verdade. Custas R\$ 3,99
TSNR R\$ 0,00
Total R\$ 3,99

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 0073650-07011201901-04965
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital
Op: SONYARA 15/01/2019 15:07:11

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 309 - Recife - CEP: 55012-450 - Caixa Postal 54 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3523.5133 - e-mail: cartoriojoaovalois.com.br / cartoriojoaovalois.com

Autenticidade de Documento.
Carre e valor original que me foi apresentado. Dou fe.

Marcelo Carneiro da Cunha
Tabela - Tabelaria Interina

Selo Digital N. 0073650-07011201901-01777
Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital
Op: NAYELA 19/02/2019 15:32:50

Listas Nº 0141
TSNR Nº 0,00
Total R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091136/19

Vítima: JOAO FERREIRA DE AMORIM

CPF: 217.543.734-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/03/2018

Titular do CPF: JOAO FERREIRA DE AMORIM

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARCELO CARNEIRO DA CUNHA : 039.830.834-98

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

JOAO FERREIRA DE AMORIM : 217.543.734-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/03/2019
Nome: JOAO FERREIRA DE AMORIM
CPF: 217.543.734-53

JOAO FERREIRA DE AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364208/19

Vítima: JOAO FERREIRA DE AMORIM

CPF: 217.543.734-53

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO FERREIRA DE AMORIM

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO FERREIRA DE AMORIM : 217.543.734-53

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: 17/10/2019
Nome: JOAO FERREIRA DE AMORIM
CPF: 217.543.734-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

JOAO FERREIRA DE AMORIM

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA