



Número: **0009098-74.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO FERREIRA DE AMORIM (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66747370	21/08/2020 16:14	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14996218





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 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

Pag. 00795/00796 - carta_11 - INVALIDEZ

00290398





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 443/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 6221204 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 de 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 ASL

CPF da Vítima

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	217.543.734-53	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	TV 8 JATOBÁ 2	Número	2	Complemento	CASA
Bairro	GIOCONDA	Cidade	GLÓRIA DO GOITÁ	Estado	PE
E-mail	ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM	CEP	55620-000	Telefone (DDD)	(81) 9.9526-4343

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER, que o endereço acima informado é verdadeiro e atualizado. 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 ATE R\$ 3.000,00

☐ R\$ 2.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (Nº) 2081 8 CORTEL (Nº) 13.381 7

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome Banco Agência (Nº) 2081 8 DCE 13.381 7 CONTA (Nº) 13.381 7 DCE 13.381 7

(Informe o dígito se existir)

(Informe o 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, reconteço e dou plena quitação do valor indenizado.

GLÓRIA DO GOITÁ, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

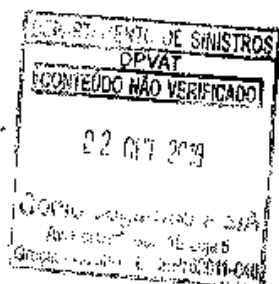
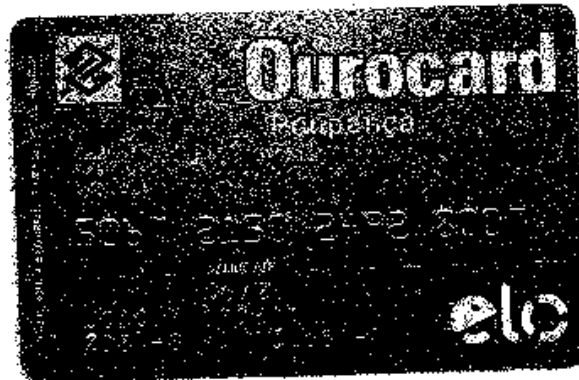
Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

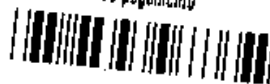
001 V001/2017







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: ☐ RECURSO 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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, 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 (se houver)? ☐ 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.

João Ferreira de Amorim

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

07/10/19





47 6366
0360272118

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

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 (Consumados) que aconteceu no dia **4/3/2018** no período da **Manhã**

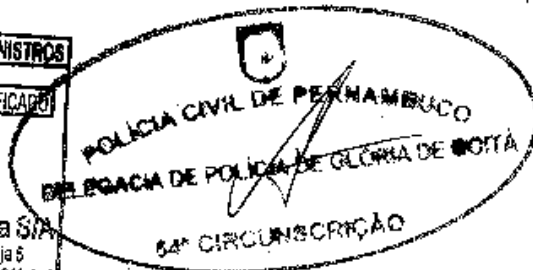
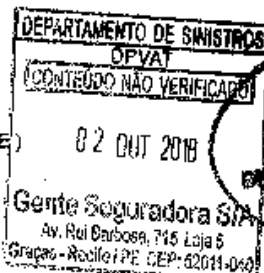
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, ESTRADA QUE LIGA O DISTRITO DE APOTI AO CENTRO DE GLORIA DO GOITÁ- ZONA RURAL** - Bairro: **DISTRITO APOTI - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: **1406665/SDB/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):

17/09/2018 22:2



MOTORISTA DO ONIBUS

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

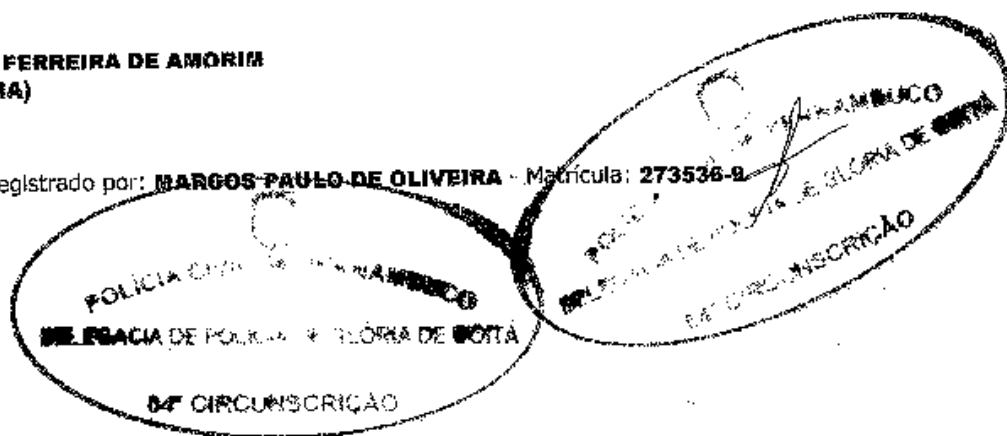
Complemento / Observação

A VITIMA TRAFEGAVA COMO MOTORISTA EM SEU VEICULO PALIO, PELA VIA QUE LIGA GLORIA DO GOITA AO DISTRITO DE APOTI, NO SENTIDO GLORIA DO GOITÁ / APOTI, QUANDO VEIO A COLIDIR COM UM ONIBUS AZUL, A VITIMA FICOU DESACORDADA E FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA CIDADE DE GLORIA DO GOITÁ, INICIALMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL MUNICIPAL DE GLORIA DO GOITÁ 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.

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

X
JOAO FERREIRA DE AMORIM
(VITIMA)

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

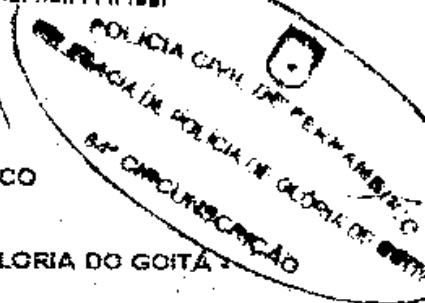


17/09/2018 22

Bolém de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITA
DP64ªCIRC DINTER142ªDESEC



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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

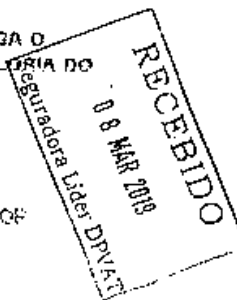
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

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 GOITA, 113, RUA ANAXIS, 113, NOVA GLÓRIA, GLÓRIA DO GOITA - CEP: 05005-000 - Bairro: CENTRO - GLORIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL

"DESON" (MOTORISTA DE ONIBUS DE APOTI, QUE PRESTA SERVIÇO PARA O VEREADOR CÍCERO DE APOTI) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 11/1/1980
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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



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 **JOAO 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

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

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:

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 da 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 SOCIA 18 de **JULHO** de 2018

Local e Data

João Ferreira de Amorim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017





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: Serrina M de Conceição		
Endereço: Lot. Guaporã	Nº:	Bairro:
Naturalidade: Glória do Gostão	Responsável: 0	
Fone: ()		
H. E. A. Celosio	cerro y cerro	com fratura
efe. fêmea	fechada	G = 15

ACE: NDN

EXAME FÍSICO

Pressão Arterial: 150 x 100	mmHg: HGT:	mg/dL Temperatura: °C
Pulso: 120	kg. SpO ₂ :	%
Diagnóstico: de fêmea		

22 OUT 2018
Gostão - Glória do Gostão, PA
400 R. da Glória, 715 L. 1016
Gostão - Glória do Gostão, PA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Senhe de Trans. fêmea

⇒ ORTOPEDIA

5375846

HOE





Terça-feira, 26 de Maio de 2020
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Rua Vitor Meireles, Pernambuco - CEP 50.700-000
CNPJ 10.629.932/0001-00 | IZAP, EAL 00.26415-03 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO CLIENTE
MARIA DE LOURDES F S VASCONCELOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 2 JATUBÁ 2

CPF: 148.891.808-01 NIS: 1206900155

LOTTO 66000046-001A DO GOIÁ
O CRIADO GOIÁ ME
55820-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA REDEJA COM NIS
Mantido

CONTRATO Nº 000899773
05/2018

INSCRIÇÃO DE FÓRMULA
0167E-430
0167E-430
12/05/2018

DATA DE VENCIMENTO
23/05/2018
15/08/2018

INSCRIÇÃO DE FÓRMULA
0167E-430
0167E-430
12/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
8,64

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
30.333.000	0,143242	6,44
		3,05
		0,10
		3,00

Consumo médio de 30 kWh
Acréscimo BARRA REDEJA
Multa por atraso - F.C. 2020222 - 100413
PRG. 0044-04 (05/13)-12-8000 FEEB CH: 3.65

TOTAL CAPATURA

DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE
10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18

DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE
10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
O valor devido deverá ser pago até o dia 23/05/2018, sob pena de incidência de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor devido.

DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE
10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18

DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE	DATA	TIPO DA TENDENTE
10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18	10/05/18

TOTAL A PAGAR (R\$)
8,64

000899773-05/2018
000899773-05/2018

000899773-05/2018
000899773-05/2018

000899773-05/2018
000899773-05/2018

000899773-05/2018
000899773-05/2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPAT
EXATIDÃO NÃO VERIFICADA
02 OUT 2018
Gente B...
Assessoria...
Fone: (011) 3333-3333

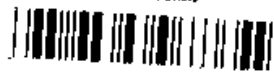


83870000052 796100110079 004020035104 122824506439



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - COMPAHIA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Lagoa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 19.175.832/0001-02 (Insc. Est. 000544-73) www.celpe.com.br

Comprovante de residência



CPF 148.894.133-99 (CPF 12960401155)

Atividade Econômica: 05 - Comércio Varejista

Endereço: Rua Costa Pereira, 1005, Jandara

CEP 51.210-140

CPF 148.894.133-99 (CPF 12960401155)

Endereço: Rua Costa Pereira, 1005, Jandara
CEP 51.210-140

Atividade Econômica

Endereço: Rua Costa Pereira, 1005, Jandara

Conta Corrente: 4006899773
Data de Vencimento: 26/12/2018

Data de Vencimento: 26/12/2018
Total a Pagar (R\$): 31,63

Nº DA NOTA FISCAL: 043154211
Nº DA FATURA: 18120018
Nº DO CLIENTE: 201250192
Nº DA INSTALAÇÃO: 1216110

DESCRIÇÃO DA MOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA MOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 301 kWh	30,000000	0,1841125	5,53
Consumo Ativo superior a 301 até 1001 kWh	87,000000	0,2161358	18,81
Atividade Econômica			0,21
Consumo Ativo superior a 1001 até 1501 kWh			1,22
Consumo Ativo superior a 1501 até 2001 kWh			0,34
Consumo Ativo superior a 2001 até 2501 kWh			0,43
Consumo Ativo superior a 2501 até 3001 kWh			0,02
Consumo Ativo superior a 3001 até 3501 kWh			0,00

TOTAL CAPTURA

31,63

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO MOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Instalação	Anterior	Posterior	Consumo	Preço Unit.	Valor	Consumo (kWh)
4006899773	Cal	18120018	18120018	18120018	0,21	18120018	18120018

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

DESCRIÇÃO	Consumo (kWh)	Preço Unit.	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 301 kWh	30,00	0,1841125	5,53
Consumo Ativo superior a 301 até 1001 kWh	87,00	0,2161358	18,81
Consumo Ativo superior a 1001 até 1501 kWh			1,22
Consumo Ativo superior a 1501 até 2001 kWh			0,34
Consumo Ativo superior a 2001 até 2501 kWh			0,43
Consumo Ativo superior a 2501 até 3001 kWh			0,02
Consumo Ativo superior a 3001 até 3501 kWh			0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre a Tarifa Social de Energia Elétrica, consulte o site da Companhia Energética de Pernambuco (www.celpe.com.br) ou ligue para o 0800 000 0000. A Tarifa Social de Energia Elétrica é destinada aos consumidores que possuem renda familiar mensal de até 5 salários mínimos e que não possuem acesso à rede de distribuição de energia elétrica. A Tarifa Social de Energia Elétrica é aplicada a partir de 1º de janeiro de 2019. A Tarifa Social de Energia Elétrica é aplicada a partir de 1º de janeiro de 2019. A Tarifa Social de Energia Elétrica é aplicada a partir de 1º de janeiro de 2019.



FATURA MENSAL CARTÃO MASTERCARD INTERNACIONAL
TITULAR: MARCELO CUNHA
CARTÃO: 543882**7055** Data de Postagem 15/02/2019

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

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

PAGAMENTO TOTAL	PARCELA FÁCIL
R\$ 296,01	Entrada R\$ 38,80 + 24x R\$ 36,67
PAGAMENTO MÍNIMO	PARCELA PRONTA
R\$ 14,80	Não Elegível

Limite (R\$):

Limite de crédito: 2.000,00

Resumo da fatura (R\$):

Total da fatura anterior:	116,99
Pagamentos efetuados/ônibus:	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

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

Encargos de financiamento:

	Período atual 26/01/2019 a 25/02/2019	Máximo próximo período 26/02/2019 a 25/03/2019
TAXA A.M.	CET A.A.	TAXA A.M.
Juros Rotativo	14,99%	484,31%
Juros Remuneratório	14,99%	688,21%
Juros Remuneratório de parcelamento de fatura*	-	Consulte em sua próxima fatura

*Para encargos de concessão de produtos financeiros, consulte tabela no site www.bancobrasil.com.br. Para detalhamento dos encargos de financiamento, entre em contato com a Central de Atendimento. Encargos de pagamento mínimo: R\$40,00. *Créditos relativos a juros de 01 de Junho de 2018.

Multa	2,00%	por atraso	Mora	1,00%	no total
-------	-------	------------	------	-------	----------

LANÇAMENTOS:

DATA	DESCRIÇÃO	US\$	R\$
	SALDO FATURA ANTERIOR		116,99
	LANÇAMENTOS NO BRASIL		
	MARCELO CUNHA	543882****7055	
04/01	CLINICA ODONTOLOGICA VITORIA DE SA-27		105,09
21/01	ADMARCELO CAR, Osasco-1/10		113,92
28/01	Pagamentos em outros bancos		136,99
04/02	PAGT Transf. Ofc. RECEFE-1/4		65,10
15/02	ANUIDADE Resisa - Fv/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 Beneficiário/CPF/Endereço MARCELO CUNHA - CPF: 039.830.834 - 98 RUA PEDRO RIBEIRO 25 - CS - UNIVERSITARIO VITORIA DE SANTO ANT - PE - CEP: 55612-275		RECIBO DO PAGADOR	
Nome Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento (-) Valor Pago
09/20060586702-4	543882****7055	26/02/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.357.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar-garagem - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110		Autenticação Mecânica	
Agência/Código do Beneficiário 2372-6R033232-1			


 09/20060586702-4
0001001R070408


R07602 190001 001R07 040840

Bradesco	237-2	23792.37205 92006.058678 02003.323207 7 00000000000000	
Local de Pagamento Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. De preferência, pague o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e não rescindir contrato. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		Data de Vencimento 26/02/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/Endereço BANCO CSF S.A. CNPJ: 08.357.240/0001-60 - Av. Dr. Chirac Zaldim, 296 - 19º andar e 20º andar-garagem - Vila Cordeiro - São Paulo - SP - CEP: 04583-110		Agência/Código do Beneficiário 2372-6R033232-1	
Nome do Documento 15/02/2019	Nº do Documento 543882****7055	Emissão D.O.C. OU	Assinatura N
Data de Vencimento 15/02/2019	Data de Processamento 15/02/2019	Valor do Documento 09/20060586702-4	(-) Valor da Documentação
Uso da Fatura 09	Emissão R\$	Data de Emissão 15/02/2019	(-) Valor da Documentação
Informações de responsabilidade do beneficiário EM CASO DE PAGAMENTO ANTERIOR AO VALOR TOTAL DA FATURA OU PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO, O CLIENTE DEVERÁ ARCAR COM AS TAXAS E ENCARGOS APOSTADOS NESTA FATURA. OS ENCARGOS INCIDENTES SERÃO APLICADOS SOBRE O VALOR EM ATRASO E/OU SOBRE A DIFERENÇA ENTRE O VALOR TOTAL E O VALOR PAGO E SERÃO DEMONSTRADOS EM SUA PRÓXIMA FATURA. DADOS INCORRETOS DIGITADOS QUE IMPELIRIAM A IDENTIFICAÇÃO DO PAGAMENTO SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO CLIENTE.			
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço MARCELO CUNHA - CPF: 039.830.834 - 98 RUA PEDRO RIBEIRO 25 - CS - UNIVERSITARIO VITORIA DE SANTO ANT - PE - CEP: 55612-275		09/20060586702-4 0001001R070408	

FECHA DE COMPENSAÇÃO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA


DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A 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/BIBLIOTECABWEB/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.

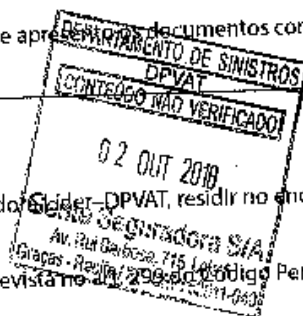
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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 LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 304 do Código Penal.



Endereço <u>RUA 15 DE NOVE MBRO</u>		Número <u>33-A</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>GLÓRIA DO GOITÁ</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55620-000</u>
Email <u>ADSONXAVIER.ADV@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81)99526-4343</u>

GLÓRIA DO GOITÁ 18 de JULHO de 2018
Local e Data

Adson Xavier Alves
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/BIBLIOTECAS/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 COAF¹.

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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.133/98.

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 AMORIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 217.543.751/53

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima _____

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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>81 987256109</u>

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

Marcelo Carneiro da Cunha
Assinatura do Declarante

DLDL001 V001/7017





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

Documentação médico - hospitalar



LAUDO MÉDICO

O Sr. João Ferreira de Amorim foi submetido a osteosíntese 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
Oliveira
Amorim
Gouveia
CRM 13.408
RPPPE-37.436





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 OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE COXA DE FEMUR E DIAFISARIA DL FEMUR LSQUERDO COM PINO DHS E PLACA
DHS

OBS:

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

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL
EGB CONSCIENTE ORIENTADO - BOM HIDRATADO EUPNEICO.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/03/2018	05/04/2018

Recife, 05 DE ABRIL DE 2018

Dr. Breno Avelar
Médico
CRM-PE 24626

BRENO ROCHA DE AVELAR - CRM: Nº.24626

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.040/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria Municipal de Saúde

①

FICHA DE OBSERVAÇÃO E/OU EMERGÊNCIA

Atual: 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. de Conceição		
Endereço: Lot. Guacunda	Nº:	Bairro:
Naturalidade: Glória do Góia	Responsável: 0	
Forma: ()		

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

AGE: 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. peronea

5375846

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

→ ORTOPEDIA

HOF

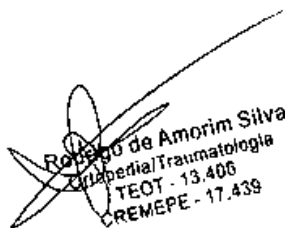


Secretaria Estadual de Saúde

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 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: Sevina Mª da Conceição
Endereço: Lot. Guacorda Nº: _____ Bairro: _____
Naturalidade: Glória do Gostá 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.ferência

5375846

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ORTOPEDIA

HOF





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 osteosíntese 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
Ortografia
Assinatura
CPF 13.408
PE - 57.458





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


Ronaldo 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 CUTOOUT 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
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 25186

Recife, 19/08/2019

SÍLVIO BRANDAO CONTE - CRM 25186

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - 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 VITIMA 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 PARADO 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

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - 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 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 CUTOOUT 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.

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 Martín, 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
TETO 13.406
CRM 17.439

Recife, 29 DE ABRIL DE 2019

RODRIGO DE AMORIM SILVA - CRM: Nº.17439

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



Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.406.655 DATA DE
EXPIRAÇÃO 29/01/2018

SEXO
MASCULINO

<< JOÃO FERREIRA DE AMORIM >>

PROFISSÃO
<< >>

<< SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

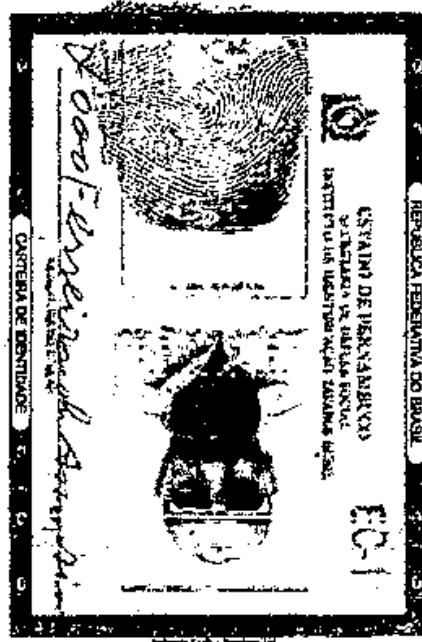
NACIONALIDADE
GLÓRIA DO GOIÁ - PE DATA DE NASCIMENTO
13/02/1957

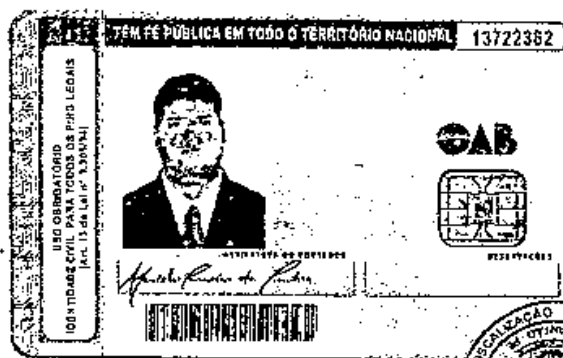
DOC. PRESENTE << 074468 01 55 2013 3 00004 070
0001934 92 GLÓRIA DO GOIÁ - PE >>

CPF
217.543.734-53

Paulo de Carvalho
PAULO A. TEIXEIRA DE CARVALHO
ADVOGADO OAB Nº 10.000/000
LEI Nº 7.119 DE 2006

118833040302314654.7909889 F-39 21.673 - 2013





CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 306 - Vitória - CEP: 35013-490 - Caixa Postal 58 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3225-5132 E-mail: cartoriojoaovalois@pe.com.br / cartoriojoaovalois@gmail.com

Autenticação de Documento.
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.

Mauro da Silva Duarte Machado
Tabela - Delegataria Interina

Selo Digital N.0073650-IR701201901.01775
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Op: DANIELA 19/02/2019 15:52:50

Duas	R\$ 3,41
Taxa	R\$ 0,68
Total	R\$ 4,09

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

42849

MARCELO CARNEIRO DA CUNHA
Endereço: BEIRASSARA JOAQUIM CARNEIRO DA CUNHA
MARIA DA CONCEIÇÃO CARNEIRO DA CUNHA
VITÓRIA DE SANTO ANTONIO PE
Data de inscrição: 20/03/1982
CPF: 639.820.634-04
RG: 241132213

6346107 - SSP/PE
possui at. de habilitação e carteira
CRM

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 306 - Vitória - CEP: 35013-490 - Caixa Postal 58 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 81 3225-5132 E-mail: cartoriojoaovalois@pe.com.br / cartoriojoaovalois@gmail.com

Autenticação de Documento.
Confere com o original que me foi apresentado. Dou fe.

Mauro da Silva Duarte Machado
Tabela - Delegataria Interina

Selo Digital N.0073650-IR701201901.01775
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/seledigital
Op: DANIELA 19/02/2019 15:52:50

Documentos de Identificação



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 cancela 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



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.



João Ferreira de Amorim

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

CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 309 - Centro - CEP: 55612-450 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 051 3323-2193 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
TSMR R\$ 0,00
Total R\$ 3,99

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 0073650.19401201901.04965
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
Op: SMO/PA 15/01/2019 15:07:11



CARTÓRIO JOÃO VALOIS - 2º OFÍCIO - PRIVATIVO DE PROTESTO
Rua Joaquim Nabuco, 309 - Centro - CEP: 55612-450 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone/Fax: 051 3323-2193 e-mail: cartoriojoaovalois.com.br / cartoriojoaovalois.com

Autenticado e reconhecido.
Quilares de original que se foi apresentado, Dou fe.

Custas R\$ 3,99
TSMR R\$ 0,00
Total R\$ 3,99

Marcos Antonio Carvalho de Melo
Tabelião Substituto
Selo Digital N. 0073650.19401201901.01777
Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital
Op: NAVEIA 19/02/2019 15:02:50



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

