
Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228228

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228228

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000934-2

Conta: 000010064949-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima:

908.362.604-06

João Fernando de Oliveira Aquino

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

João Fernando de Oliveira Aquino

908.362.604-06

Revisor

TU Grupiana

780

Casa

Barra de Bonopda

Salvador do Gananapes

PE

54460-490

(81) 98801-5010

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: 0934 2 CONTA: 64 94 9 X

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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, Recife, 14 de Janeiro de 2020.

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE -
DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0112004769

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às **11:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **9/11/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 01 -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO A PIZZARIA SICILIANA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RENE SALU DA SILVA (OUTRO)
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: TEREZINHA MARIA DE OLIVEIRA AQUINO Pai: MANOEL MONTE DE
AQUINO Data de Nascimento: 1/3/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

RENE SALU DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

09/12/2019 12:00

VEICULO PLACA: PDQ8388 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ8388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA PLACA: PCZ9355 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENE SALU
DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCZ9355** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE É MOTORISTA DE ONIBUS DA LINHA COMPLEMENTAR RECIFE.
QUE ESTAVA VOLTANDO PARA CASA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA PIZARIA
SICILIANA NO BAIRRO DE CANDEIAS, TERIA SIDO ALBARROADO PELO VEICULO DE
PLACA: PDQ8388. QUE O AUTOR TERIA SE EVADIDO DO LOCAL. QUE TERIA SIDO
SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL HAPVIDA DO BAIRRO DO ESPINHEIRO EM
RECIFE ONDE CONSTATAU FRATURA NO FEMUR. SENDO ASSIM, INFORMA O
OCORRIDO E PEDE PROVIDENCIAS

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


JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURI FERREIRA DUARTE JUNIOR** - Matrícula: **296871-1**

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: 4 - Nome completo da vítima:

908.362.604-06

João Fernando de Oliveira Aquino

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

João Fernando de Oliveira Aquino

908.362.604-06

Revisor

TU Grupiana

780

Casa

Barra de Bonopda

Salvador do Gananapes

PE

54460-490

(81) 98801-5010

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0934 2 CONTA: 64 94 9 X

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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, Recife, 14 de Janeiro de 2020.

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00934-2

CONTA: 000010064949-1

Nr. da Autenticação F3F9F65AC6D5533A



CTC RECIFE PE PA3

PC-11

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
R TV GRUPLARA 780
BARRA DE JANGAD
54460-490 JABOATÃO DOS GU - PE



721109423023166000000054750 001219

Fechamento próxima fatura: 04/01/2020

Postagem: 06/12/2019

Vencimento: 17/12/2019

Emissão: 04/12/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	153,49
Pagamento efetuado em 18/11/2019	153,49
Saldo finalizado	0,00
Lançamentos atuais	211,40
Total desta fatura	211,40

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve pagar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular: **JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO**
Cartão: **5484.XXXXX.XXXXX.5742**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital

vencimento

17/12/2019

A) pagamento total

211,40

B) pagamento mínimo

31,72

C) parcelas fixas

17,46
+23x 17,46

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quanto antes o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	800,00
Limite utilizado no mês	794,40
Retirada de recursos (Poupança)	160,00
Retirada de recursos (Exterior/Saque)	800,00

Lançamentos: compras e saques

JOSE F DE O AQUINO (final 5742)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALORES R\$
11/10	SUPER CÍCLO BICICLO2/04	93,50
14/11	VEÍCULOS JABOATÃO PE	99,00
14/11	MATUTOS AUTO PECAS01/05	99,00
	VEÍCULOS	

Lançamentos no cartão (final 5742) **192,50**

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALORES R\$
15/11	AVALIEMERG.CREDITO	18,90

Lançamentos produtos e serviços **18,90**Total dos lançamentos atuais **211,40**

Continuar...

Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75645 28177.232528 50451.630003 7 000

Número do Documento: 00264281772/0060813
Nome do Pagador(CPF/CNPJ): JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO - 908.362.604-08
Nome do Beneficiário(CPF/CNPJ): BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70
Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CAULI, 43, CENTRO - POÁ - SP

Nosso Número
Valor do Documento
Vencimento

recibo do pagador
175/64281772-3
R\$ 211,40
17/12/2019
Autenticação Mecânica

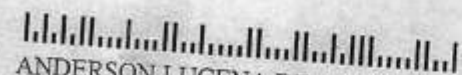
BANCO DO BRASIL
R. SAO MIGUEL, 350
AFOGADOS
RECIFE

- 50770720
- PE



Atenção

Se esta
correspondência
apresentar qualquer
sinal de violação,
ligue imediatamente
para a Central de
Atendimento BB.



ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
R DOUTOR ADELINO FILHO CASA A, NUMERO 408
AREIAS
RECIFE

- 50781120
- PE

001544

CT - 11 CTC LEOPOLDINA/SPM 50/59

JK435673184BR



EOO19054,720

ENX - 22

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/BIBLIOTECASWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 104.252.874 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Dr.º Fernando de Oliveira Aquino inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.362.604-06

do sinistro de DPVAT cobertura Unusaldiz da Vítima Dr.º Fernando de Oliveira Aquino

inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.362.604 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: Rua Doutor Adalberto Filho

Número: 408

Complemento: Casa

Bairro: Unusaldiz

Cidade: Recife

Estado: PE

CEP: 50781-120

E-mail: _____

Tel.(DDD): (81)98529-6651

Local e Data: Recife, 14 de Janeiro de 2020

Anderson Lucena de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

12/11/2019 12:47

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19227482 Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/6

Profissional(is): GEORGE BRAGA MUNIZ CRM 28051 [1] Nº: 15621911 09/11/2019 às 03:44

ANAMNESE

Queixa Principal PCTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISAO CARRO X MOTO [1]
QUEIXA DOR EM MIE
AO EX: LOTE GLASGOW 15 EUPNEICO
AUSENCIA DE DOR A PALPACAO ELEMENTOS CERVICAIS
POSTERIOR, DOR A FLEXO EXTENSAO CERVICAL
ABDOME LIVRE, PELVE ESTAVEL
MIE IMOBILIZADO
RX

Queixa Principal

CID10 T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

Comorbidades Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

CID10 T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL



09/11/2019 10:02:19

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10541246	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	F	10/08/1972	47
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
4225597 SSP PE	90836260406			1-CASADO
Endereço				
R CRICIUMA 531 BARRA DE JANGADA JABOATAO DOS GUARARAPES-PE CEP:54470000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
9 88868834		TEREZINHA MARIA DE OLIVEIRA AQUINO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
09/11/2019	10:00		
Médico Atendente			Clinica
4031598 GEORGE BRAGA MUNIZ			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
4031598 GEORGE BRAGA MUNIZ			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano M F D SILVA NETO ME	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
02HRV000004006017		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HE	300541 SALA 01 114-B	05	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
14377783	99996666	D39139567	INTERNACAO
14377783	30725127	D39139567	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

Nega Tudo.
MIE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/11/2019 14:27

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/5

Profissional(is): DANIEL BARRETO DE MATOS, MEDICO, CRM 19433 [1] Nº: 15626903 09/11/2019 às 14:23

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S723 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S723 [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 09/11/2019 [1]

Hora Da Cirurgia 14:23 [1]

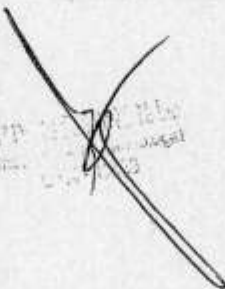
Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQ
ARTROTOMIA DO JOELHO ESQ
FASCIOTOMIA DA COXA ESQ
RADIOSCOPIA [1]

Cirurgião DANIEL NOBRE [1]

Anestesista CAMILA GUEDES [1]

Instrumentador ROMENIA [1]

Descrição Cirúrgica [1]
1- PCT EM DDH
2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3- INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQ
4- ARTROTOMIA DO JOELHO ESQ - TRANSTENDAO PATELAR
5-PASSAGEM DE INICIALIZADOR
6- CONTROLE COM ESCOPIA
7- FIO GUIA + FASCIOTOMIA + FRESAGEM DO CANAL 12
8- HASTE RETROGRADA DE FEMUR 12/360
9- BLOQUEIO DUPLO DISTAL E PROXIMAL
10- CONTROLE COM ESCOPIA
11- PARAFUSO TAPAO
12- LIMPEZA COM SF
13- SUTURA POR PLANOS
14- CURATIVO TIPO JONES



FICHA DE ANESTESIA		Data 01/11/19	Hospital HE	Acomod.
Paciente José Fernando de Oliveira Aquino	Sexo M	Cor Branco	Idade 47	Peso
CRM	Nome do Anestesiologista	Nome do Cirurgião		
Medicação Pré-anestésica			Urgência	☐ NÃO ☒ SIM
Cirurgia Fratura de fêmur tro caneleira				

Horário	13:00	14:00					
O ₂							
N ₂ O							
Líquidos							
SaO ₂							
ETCO ₂							
ECG							
240							
220							
200							
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
40							
20							
Anotações							

Drogas Usadas
 Propofol 100mg
 Morfina 10mg
 Etomidato 2mg
 Dexametasona 8mg
 Damsol 1mg

Técnica Anestésica
 Raqui-anestesia
 pinça
 para mediana
 a funilha 256
 L3-4

Monitorização ☒ Cardíaco ☒ Oximétrico ☒ PNI ☐ Sonda Vesical ☐ Capnógrafo ☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Outros	☐ BIS ☐ Termostato ☐ Swan-Ganz ☐ Analisador Gases ☐ PVE ☐ Estimulador de Nervo ☐ Linha Arterial ☐ Volante IBP Plus	Encaminhado ☒ Anestesiologista ☒ Sinais vitais ☐ Infusão Destino ☒ SRPA ☒ Apart/Enf. ☐ UTI ☐ Externo	Interconexão: ☐ NÃO ☐ SIM Descrever: Observações: Camila Guedes Anestesiologista CRM 19738
--	---	---	--

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0011101611 09/11/2019 às 14:19
Posto: CÉNTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/5 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	15:00	
SORO FISIOLÓGICO	20	ml/Kcal/dia	500 ml			
RINGER COM LACTATO	20	ml/Kcal/dia	500 ml			
2. CEFALOTINA (1.00g) (0.15)	Soro Fisiológico	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	18:00 : 10/11-00:00 : 10/11-06:00
3. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	27:00 :
Alta vigilância						
4. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	SN
5. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	22:00 : 10/11-06:00
Alta vigilância						
6. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	18:00 : 10/11-00:00 : 10/11-06:00
7. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	18:00 : 10/11-06:00
8. CURATIVO GRANDE		24/24h				06:00 :

Reservado para o SNO
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Dr. Edilberto Bezerra
Medicina Intensiva
CRM-PE 24.917

Moisés Pereira
CRM-PE 24.917

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0011103705 10/11/2019 às 09:17
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-PP22 Peso: 70,00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

		Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14,00 gts/min	Acesso Periférico	
1. Hidratação Venosa							
SORO FISIOLÓGICO	20	ml/Kcal/dia	500 ml				Ux80
RINGER COM LACTATO	20	ml/Kcal/dia	500 ml				U5x80
2. CEFALOTINA (1.00g)	1g						T.36.30c
Soro Fisiológico	100ml	1 FRAP (FRAP C/10G)	6/6h	EV	18:00	11/11-00:00	
3. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	12/12h	EV	18:00	11/11-06:00	
Soro Fisiológico	100ml						
4. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	06:00		U17u
Água Destilada	18 ml						
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1 FRAP (FRAP C/40MG)	24/24h	EV	06:00		U4x70
Água Destilada	18 ml						
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	14:00	11/11-06:00	U35-10c
Soro Fisiológico	100ml						
Alta vigilância							
7. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	11/11-00:00	U8:00
Água Destilada	18 ml						
8. CLEXANE (40.00mg/ml)	40mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	20:00		U30x60
Alta vigilância							
9. CURATIVO GRANDE	24/24h				06:00		

Reservado para o SNO
ENTEROFIX Ass.
Legenda horário: Indica item não administrado
Indica item checado

Dr. Edinaldo Bezerra
Medicina Intensiva
CRM: 24.917

22:00 06:00
120x80 120x80
Dr. Brenda Neri de L. S. V.
Coordenadora de Enfermagem
CRM: 35.111.0

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc. 10/08/1972
Convênio: HAPVIDA Nº Prescrição: 11106598 11/11/2019 às 08:03 Atendimento: 19230724
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P212 Pronto-socorro 10541246
Peso: 70,00 kg

1. Hidratação Venosa Fase Única	Vol Total	1000 ml	14,00 g/min	Acesso Periférico	CRM-16684
SORO FISIOLÓGICO	20 ml	500 ml			
RINGER COM LACTATO	20 ml	500 ml			
2. CEFALOTINA (1,00g)	1g	1 FRAP (FRAP C/1GR)	6/6h	EV	CRM-16684
		100 ml			
3. PROFENID IV (100,00mg)	100mg	1 FRAP (FRAP C/100MG)	12/12h	EV	CRM-16684
		100 ml			
4. PLAMET (5,00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	CRM-16684
		18 ml			
5. OMEPRAZOL (40,00mg)	40mg	1 FRAP (FRAP C/40MG)	24/24h	EV	CRM-16684
		18 ml			
6. TRAMAL (50,00mg/ml)	100mg	2 ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	CRM-16684
		100 ml			
7. NOVALGINA 50MG/ML (500,00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	CRM-16684
		18 ml			
8. CLEXANE (40,00mg/ml)	40mg	0,4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	CRM-16684
9. CURATIVO GRANDE			24/24h		CRM-16684

Profissionais: CRM-16684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venancio O. Jr.
Traumatólogo e Ortopedista
Cirurgião de Mão
CRM-16684 - 11/11/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 11/11/2019 09:22

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
Convenio: HAPYIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt Nasc.: 10/08/1972
Nº Prescrição: 0011106598
Leito: 114-P2/2

Atendimento: 19230724
11/11/2019 às 08:03
Peso: 70.00 kg

Prontuário: 10541246

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	10:00 ;
SORO FISIOLÓGICO	20	ml/Kcal/dia	500 ml			
RINGER COM LACTATO	20	ml/Kcal/dia	500 ml			
2. CEFALOTINA (1.00g)	Soro Fisiológico	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 12/11 - 00:00 ;
3. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	18:00 ; 12/11 - 06:00 ;
4. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	18:00 ; 12/11 - 06:00 ;
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	Água Destilada	40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	06:00 ;
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 12/11 - 06:00 ;
7. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 12/11 - 00:00 ;
8. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	20:00 ;
9. CURATIVO GRANDE		24/24h				06:00 ;

Prescrição para o SNUD
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Thaís Arcanjo
Enfermeira
COREN 399122

RP1531

THATIANY ARCANJO MOREIRA

11/11/2019 09:22

IP: 10.1.32.207

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

10/11/2019 17:39

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	Dt. Nasc.: 10/08/1972	Atendimento: 19230724	Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 114-P2/2	
Profissional(is): HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU, MEDICO, CRM 26633 [1] #		Nº: 15638665	10/11/2019 às 17:30

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE NO 1º DPO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR
ESQUERDO, COM POUCAS QUEIXAS ÁLGICAS, SEM
INTERCORRENCIAS

AO EXAME: NEUROVASCULAR PRESERVADO E FO LIMPA E SECA,
SEM FLOGOSE

RX CONTROLE EVIDENCIA REDUÇÃO SATISFATÓRIA DE FRATURA
E BOM POSICIONAMENTO DE MATERIAL DE SÍNTESE

CD: MANTIDA

[1]

Cid10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 27884 / CRM-PE 26633

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/11/2019 13:29

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 114-P2/2

Profissional(is): DANIEL BARRETO DE MATOS, MEDICO, CRM 19433 [1]

Nº: 15648397 11/11/2019 às 13:29

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EVOLUI ESTAVEL
SEM QUEIXAS
BOA PERFUSAO DISTAL
FO SEM SINAIS FLOGSITICOS

[1]

CD: ALTA HOSPITALAR
CURATIVO DIARIO
ATB
AINE
XARELTO
ANALGESICO
DEAMBULAR
ESTIMULAR MOBILIDADE DO JOELHO
RETORNO COM 21 DIAS
081 986468651

Cid10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]

Dr. Daniel Barreto de Matos
Ortopedista
CRM 19433

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
 JORGE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
 4225597 SSP PE

CPF
 908.362.694-04

DATA NASCIMENTO
 01/08/1972

FUNÇÃO
 MANOEL MONTE DE AQUINO

ENDEREÇO
 TERESINHA MARIA DE
 OLIVEIRA AQUINO

FUNDADO
 ACC
 CAT. HSB
 25

INSCRIÇÃO
 01630107401

VIGÊNCIA
 30/08/2020

EXPIRAÇÃO
 11/08/1994

OBSERVAÇÕES
 Hab Coletivo
 Exercer Ativ Remunerada

LOCAL
 JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

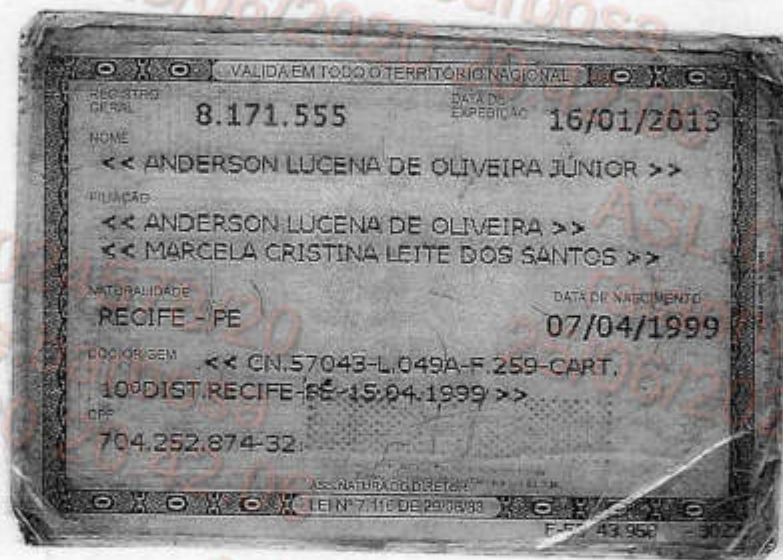
DATA EMISSÃO
 24/08/2015

ASSINATURA DO TITULAR
 05151561942
 PE046225857

DETRAN - PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1104741890

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1104741890



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - PE Nº 015101282328
CERTIFICADO DE REGISTRO E EMENDAMENTO DE VEÍCULO

1 1150358555 2013

RENE SALES DA SILVA

DAB GORRAABRES-PE

049.567.984-01 PLACA PD29355

PLACA ANT. 1150358555

HAS /MOTOR ELÉTRICO

HONDA /XRE 300

2P/291CL

1 IPVA 2019 QUITADO

V FAIXA 1 PVA

80.11 DEGR PC 384.58

AL. FID. ADM. COM. NAC. HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

DETRAN - PE 02/07/13

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228228 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE + ARTROTOMIA E FASCIOTMIA + HASTER + PARAFUSOS)
ALTA MÉDICA (P1/4FC/5/11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:	
Nome:	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
Nacionalidade:	BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão:	MOTORISTA
Identidade:	4225597 SSP CPF: 908362004-06
Endereço:	3ª RUA GUAPIARA BARRA DO JANGUADA-JB
Cobertura:	Invalidez Data do Acidente: 09/11/2019

PROCURADOR:	
Nome:	ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
Nacionalidade:	BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão:	AUX. ADMINISTRATIVO
Identidade:	8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32
Endereço:	RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

10 JAN. 2020

Local e data

Jose Fernando de Oliveira Aquino

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO	RUA ARÃO LINS DE ANDRADE, 580 - FIEDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200 TEL: (81) 3481-0921
Reconheço Por Autenticidade a firma: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO. 10/01/2020 12:02:50 e dou fé. Em test. da verdade. Cópia.	
FLAVIA C. PUGLIESI - Escrevente Autorizada. Emol. R\$3,50, TSNR R\$0,82, FEAC R\$0,41, ISS R\$0,21, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$0,08 Total R\$5,06. Selo: 0150698.YZQ01202001.00658	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

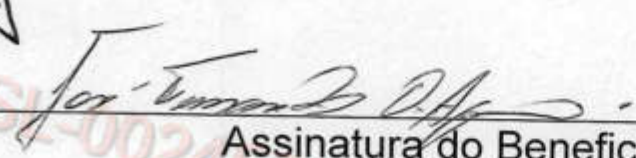
BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:	
Nome:	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
Nacionalidade:	BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão:	MOTORISTA
Identidade:	4225597 SSP CPF: 908362004-06
Endereço:	3ª RUA GUAPIARA BARRA DE JANGUADA - JB
Cobertura:	Invalidez Data do Acidente: 09/11/2019

PROCURADOR:	
Nome:	ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
Nacionalidade:	BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão:	AUX. ADMINISTRATIVO
Identidade:	8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32
Endereço:	RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

10 JAN. 2020

Local e data


Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO	RUA ARÃO LINS DE ANDRADE, 580 - PIEDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200 TEL. (81) 3461-0971
Reconheço Por Autenticidade a firma: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO. 10/01/2020 12:02:50 e dou fé. Em test. da verdade: CAROLIA FLAVIA C. PUGLIESI - Escrevente Autorizada. Emol. R\$3,50, TSNR R\$0,82, FEAC R\$0,81, ISS R\$0,21, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$0,08 Total R\$5,06. Selo:0150698.YZQ01202001.00658	



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176502/20

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF: 908.362.604-06

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO : 908.362.604-06

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: 25/06/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024578/20

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF: 908.362.604-06

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO : 908.362.604-06

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: 17/01/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO