



Número: **0000811-63.2020.8.17.3120**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Petrolândia**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIS JOAQUIM GONCALVES (AUTOR)		JOSE FABIANO LOPES LINO DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70070743	26/10/2020 13:56	ANEXO 1	Outros (Documento)

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA DE EMISSÃO: 26/10/2020

56460-200

CASA FIDELIDADE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020 DATA EMISSÃO: 26/10/2020

VIA: 1 CPF / CNPJ: 000000000000000000 PLACA: 56460-200

RENAVAM: 020100101 MARCA / MODELO: FORD FOCUS

ANO FAB: 2004 CILINDROS: 4 Nº CHASSI: 000000000000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$): 33,05 DENATRAN (R\$): 01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 1,50

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,13 IOF (R\$): 0,00 TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$): 34,58

PAGAMENTO: ☒ BOTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE OUTRAÇÃO: 26/10/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DATA DE EMISSÃO: 26/10/2020

56460-200

CASA FIDELIDADE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2020 DATA EMISSÃO: 26/10/2020

VIA: 1 CPF / CNPJ: PLACA: 56460-200

RENAVAM: 620000101 MARCA / MODELO: FORD FOCUS

ANO FAB: 2004 CAT. WPS: 01 Nº CHASSI: 8F000000000000000000

PRÊMIO TARIFÁRIO

INS (R\$): 33,05 DENATRAN (R\$): 01 CUSTO DO SEGURO (R\$): 1,50

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0,13 IOF (R\$): 0,00 TOTAL PRÊMIO SEGURO (R\$): 34,58

PAGAMENTO: ☒ ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUOTAÇÃO: 26/10/2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.608/0001-04

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51



Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
Secretaria de Agricultura Familiar e Cooperativismo
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

Declaração de Aptidão ao Pronaf

Extrato de DAP

Esta DAP não habilita para contratação de crédito

Chave do extrato: 9701082016070514
Emitido em: 10/01/2020 às 11:33:56

Informações Gerais

DAP: SDW0316976905721111170835	Versão DAP: 1.9.2	Enquadramento: B
Emissão: 11/11/2017	Validade: 11/11/2019	Município/UF: Patrolândia/PE
Última Versão: Sim	DAP Válida: Não	DAP Expirada: Sim

Titular(es)

Nome: LUIZ JOAQUIM GONÇALVES
CPF: 316.976.905-72

Categoria

Demais agricultores familiares

Condição e posse de uso da terra

Possuidor

Emissor da DAP

Emissor: INSTITUTO AGRONômICO DE PERNAMBUCO
Nome do Responsável: ADRIANO MANOEL GOMES DA CRUZ
CNPJ: 10.912.293/0001-37
CPF: 857.214.414-53

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:
<http://dap.mda.gov.br>



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante _____

portador(a) do documento de identidade nº _____, expedido por _____, em

_____/_____/_____, inscrito no CPF sob o nº _____, residente na

_____, nº _____

complemento _____, Bairro _____, cidade

_____, Estado _____.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29 / 05 / 2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

_____ de _____ de _____

Outorgante X _____



Procuração

Pelo presente instrumento particular da procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Neuza Amélia Rodrigues
portador(a) do documento de identidade nº 4758002, expedido por SSP/PE em 03/04/1992, inscrito no CPF sob o nº 901651284-53, residente na Acompanhamento Chico Mendes, nº ---, complemento B2 Rural, Bairro Agropecuária Rural, cidade Petrolândia, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE em 29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

_____ de _____ de _____
Outorgante X Neuza Amélia Rodrigues



CONTRATO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de um lado **Rosana Menezes Silva Cavalcante**, brasileira, casada, corretora, com escritório localizado na Rua Joca Magalhaes, 661A, bairro Centro, Serra Talhada – PE, CEP: 56.900,000 de ora em diante denominado de Contratada, e do outro lado

_____,
brasileiro(a), não informado, portador(a) do RG N.º _____,
CPF N.º _____,
residente e domiciliado(a) na _____

_____-PE.

Cláusula Primeira – O contratado, neste ato, tem seus serviços profissionais contratados afim de reivindicar direitos referente ao levantamento do seguro obrigatório DPVAT.

Clausula Segunda - É exigível o valor de R\$ 200.00 (DUZENTOS REAIS), no caso do CONTRATANTE desistir da demanda por qualquer motivo que independa da vontade do contratado;

Cláusula Terceiro – Pelo serviço prestado, o contratante assume compromisso de apos o recebimento dos valores, a título de pagamento pelos serviços prestados, repassar à contratada a quantia equivalente a 30% (trinta por cento), do total a ser recebido que será depositado em Conta _____ do

banco _____/Agência _____ e

Conta _____

Serra Talhada, _____ de _____ de _____

X _____



CONTRATO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular de um lado **Rosana Menezes Silva Cavalcante**, brasileira, casada, corretora, com escritório localizado na Rua Joca Magalhaes, 661A, bairro Centro, Serra Talhada – PE, CEP: 56.900,000 de ora em diante denominado de Contratada, e do outro lado

_____,
brasileiro(a), não informado, portador(a) do RG N.º _____,
CPF N.º _____,
residente e domiciliado(a) na _____

_____-PE.

Cláusula Primeira – O contratado, neste ato, tem seus serviços profissionais contratados afim de reivindicar direitos referente ao levantamento do seguro obrigatório DPVAT.

Clausula Segunda - É exigível o valor de R\$ 200.00 (DUZENTOS REAIS), no caso do CONTRATANTE desistir da demanda por qualquer motivo que independa da vontade do contratado;

Cláusula Terceiro – Pelo serviço prestado, o contratante assume compromisso de apos o recebimento dos valores, a título de pagamento pelos serviços prestados, repassar à contratada a quantia equivalente a 30% (trinta por cento), do total a ser recebido que será depositado em Conta _____ do

_____ banco _____ / Agência _____ e

Conta _____

Serra Talhada, _____ de _____ de _____

X _____





O Seguro do Acidente de Trânsito



18/05/20

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,240	<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> MP
Recebedor		
Assinatura		Documento
OD 71203485 3 BR		

3301

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER			
ENDEREÇO / Address			
R. DA ASSEMBLEIA, 100, ED. CITI BANK, CENTRO			
CEP	CIDADE	UF / State	PAÍS / Country
20011-904	RIO DE JANEIRO	RJ	

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVA**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia





 dpvat_oficial  DPVAToficial  DPVAToficial  seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguranostransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
LUIZ JOAQUIM ROLLALES		(81) 99840337	
ENDEREÇO / Address			
BAIRRO NOVA ESPERANÇA			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
56860-000	PETROLÂNDIA	PE	BRASIL

 **"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"**  **BROBAG**  **RECYCLING**  **RECYCLING**

DEVOLUÇÃO (Return)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALLECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)	
Data / /	Responsável /



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102613565176000000068706659>
Número do documento: 20102613565176000000068706659

Num. 70070743 - Pág. 10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200191327 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PG. 6,12.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MÉDIA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200191327 **Cidade:** Petrolândia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES **Data do acidente:** 05/12/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PG. 6,12.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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 MÉDIA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148797/20

Número do Sinistro: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

CPF: 316.976.905-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: LUIS JOAQUIM
GONCALVES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

LUIS JOAQUIM GONCALVES : 316.976.905-72

Autorização de pagamento

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148797/20

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

CPF: 316.976.905-72

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2019

Titular do CPF: LUIS JOAQUIM GONCALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUIS JOAQUIM GONCALVES : 316.976.905-72

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: 26/05/2020
Nome: LUIS JOAQUIM GONCALVES
CPF: 316.976.905-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2020
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

LUIS JOAQUIM GONCALVES

Karine Gomes de Lima





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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

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,

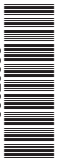
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15811046

Pag. 00077/00078 - carta_01 - INVALIDEZ

00020039





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, 27 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00033/00034 - carta_03 - INVALIDEZ

00050017



Carta nº 1581256





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, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200191327

Vítima: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Data do Acidente: 05/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS JOAQUIM GONCALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUIS JOAQUIM GONCALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004038

Conta: 000001045371-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

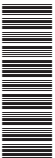
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00787/00788 - carta_15R - INVALIDEZ

00020394



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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):

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\$1.000,00 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: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 discordo 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 (vul nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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):

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\$1.000,00 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:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 discordo 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 do 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 (a) (nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: 3200191307
3 - CPF da vítima: 316.976.905-72
4 - Nome completo da vítima: Luiz Joaquim Gonçalves

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

5 - Nome completo: Luiz Joaquim Gonçalves
6 - CPF: 316.976.905-72
7 - Profissão: Agricultor
8 - Endereço: Acampamento Chico Mendes
9 - Número: 24
10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural
12 - Cidade: Petrolândia
13 - Estado: PE
14 - CEP: 56.460-000
15 - E-mail: contato@fabianooliveira.adv.br
16 - Tel.(DDD): 87999840337

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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4038

CONTA: 01045371

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se 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, Petrolândia - PE, 29 de junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 3200191307 3 - CPF da vítima: 316.976.905-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Joaquim Gonçalves

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

5 - Nome completo: Luiz Joaquim Gonçalves 6 - CPF: 316.976.905-72
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Acampamento Chico Mendes 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.460-000
15 - E-mail: contato@fabianooliveira.adv.br 16 - Tel.(DDD): 87999840337

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)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4038 CONTA: 01045371 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se 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, Petrolândia - PE, 29 de junho de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ªCIRC
DINTER2/22ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0276001524

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/12/2019** às **15:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2019** às **05:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AVENIDA DA FÁBRICA DE GELO DE ARMANDO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE);
RUTE GOMES DA SILVA (TESTEMUNHA);
NEUZA AMELIA RODRIGUES (VÍTIMA);
LUIZ JOAQUIM GONÇALVES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: {Usado na geração da ocorrência}, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**

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

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NEUZA AMELIA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **AMÉLIA GONÇALVES SANTOS** Data de Nascimento: **8/1/1974** Naturalidade: **TACARATU / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO AO FERRO VELHO DE CURURU**

LUIZ JOAQUIM GONÇALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **20/4/1953** Naturalidade: **SANTA BRIGIDA / BAHIA / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE PETROLÂNDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RUTE GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LENICE GILVANIRA SEBASTIANA DA SILVA** Data de Nascimento: **21/2/1998** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PEDRO DE SOUZA FREIRE, 221, QUADRA 17 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - PETROLÂNDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ JOAQUIM GONÇALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

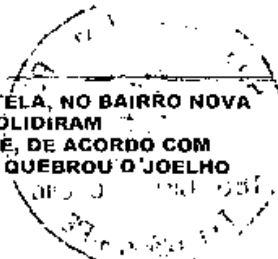
08/05/2020 15:06



Placa: **KHF6343** (PERNAMBUCO/PETROLANDIA) Renavam: **827108184** Chassi: **9C2HA07104R037769**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATAM AS VITIMAS QUE QUANDO TRAFEGAVAM COM A MOTOCICLETA, EM TELA, NO BAIRRO NOVA ESPERANÇA, FORAM SURPREENDIDOS POR DOIS ANIMAIS (CAVALOS), ONDE COLIDIRAM LATERALMENTE COM A MOTO, SEM DÁ CHANCE DE AS VÍTIMA DESVIAREM; QUE, DE ACORDO COM PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO HOSPITALAR APRESENTADOS, O CONDUTOR QUEBROU O JOELHO ESQUERDO E A PASSAGEIRA FRATUROU UMA DAS COSTELAS.



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

NEUZA AMELIA RODRIGUES
(VITIMA)

LUIZ JOAQUIM GONÇALVES
(VITIMA)

RUTE GOMES DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **ADILSON ALVES QUIQUETE DE OLIVEIRA** - Matrícula: **320629-7**

Adilson Alves Q. de Oliveira
Comissário Esp. de Polícia
Mat.: 320.629-7



08/05/2020





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: 3200191307 3 - CPF da vítima: 316.976.905-72 4 - Nome completo da vítima: Luiz Joaquim Gonçalves

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

5 - Nome completo: Luiz Joaquim Gonçalves 6 - CPF: 316.976.905-72
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Acampamento Chico Mendes 9 - Número: 24 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Petrolândia 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.460-000
15 - E-mail: contato@fabianooliveira.adv.br 16 - Tel.(DDD): 87999840337

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)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4038 CONTA: 01045371 4 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se 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, Petrolândia - PE, 29 de junho de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS JOAQUIM GONCALVES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04038

CONTA: 000001045371-4

Nr. da Autenticação E10DCF06BFCD3221



20/10/2020

8/RX de Dorcas (PNA), 20/10/2020
9/RX de Adilson (PNA), 20/10/2020
10/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
11/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
12/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
13/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
14/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
15/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
16/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
17/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
18/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
19/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
20/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
21/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
22/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
23/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
24/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
25/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
26/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
27/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
28/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
29/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
30/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
31/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
32/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
33/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
34/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
35/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
36/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
37/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
38/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
39/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
40/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
41/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
42/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
43/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
44/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
45/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
46/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
47/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
48/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
49/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
50/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
51/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
52/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
53/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
54/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
55/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
56/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
57/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
58/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
59/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
60/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
61/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
62/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
63/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
64/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
65/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
66/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
67/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
68/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
69/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
70/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
71/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
72/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
73/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
74/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
75/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
76/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
77/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
78/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
79/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
80/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
81/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
82/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
83/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
84/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
85/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
86/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
87/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
88/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
89/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
90/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
91/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
92/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
93/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
94/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
95/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
96/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
97/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
98/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
99/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020
100/ Cad. de Adilson (PNA), 20/10/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102613565176000000068706659
Número do documento: 20102613565176000000068706659



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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

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

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

--ou--

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

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

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Azarias Salgado
Assinatura Médica
CRM: 6218





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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica


Uso Interno

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

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

--ou--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218





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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

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

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

--OU--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


CRM: 6218



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Reg.: 674623 Pront.: 1196750

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 20/04/1953

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 66

Admissão: 14/12/2019 17:50

Alta: 19/12/2019 10:14

Admissão:

FRATURA EM PATELA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/12/2019 17:50	19/12/2019 10:14	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº MAURO PENA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo (não)
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218





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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

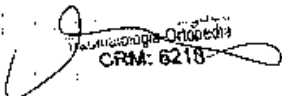
Uso Interno

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

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

--ou--

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


CRM: 6218



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Reg: 674623

Pront.: 1196750

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 20/04/1953

Idade: 66

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 14/12/2019 17:50

Alta: 19/12/2019 10:14

Admissão:

FRATURA EM PATELA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	14/12/2019 17:50	19/12/2019 10:14	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº MAURO PENA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo (não)
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologista-Ortopedia
CRM: 6218



CONSULTAS MARCADAS

DATA	HORA	MÉDICOS (A)
06/01/20	8:00	Mauro P.
02/03/20	08:00	Mauro P.
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		





1196750

Luiz Joaquim Gonçalves.

Cod.: 2716

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
DO PACIENTE**

**CONTATO
81 - 3412.3800**

SEMPRE QUE VOLTAR A CONSULTA NÃO ESQUEÇA DE APRESENTAR ESTE CARTÃO



Telefone: 87996698435

Dt. Nasc.: 20/04/1953

RG: 10197743

Titular: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO A1

IH No.: 1 Admissão: 14/12/2019 17:50

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID: OS: 119.336389

Data/Hora: 18/12/2019 10:22

Exames Solicitados:

1) RX JOELHO DIR AP/P

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA

CRM: 4197

26/12/19
Prefeitura Municipal de Petrolândia
Secretaria Municipal de Saúde
Central de Marcação
07:30

Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218

MedicWare: 18/12/2019 12:12

Página 1 / 1





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

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES

DATA: 02/03/2020

Prescrevo: POS-OP DE FRATURA DE PATELA DIR

Fisioterapia: __30__ sessões.

CID: _____

Obs: _____

Dr. Mauro Pena
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 4197

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA
CRM: 4197





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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica


Uso Interno

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

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

OU

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218





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

NOME: LUIZ JOAQUIM GONCALVES
DATA: 19/12/2019

Prescrição Médica

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

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

--ou--

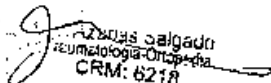
1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

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

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

