



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
70070 743	26/10/2020 13:56	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
<b>10.197.743</b>	<b>16/06/2015</b>
NAME	
<b>&lt;&lt; LUIZ JOAQUIM GONÇALVES &gt;&gt;</b>	
PRIMEIRO	
<<->>	
<b>&lt;&lt; MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO &gt;&gt;</b>	
NATURALIDADE	DATÁ DE NASCIMENTO
<b>SANTA BRIGIDA - BA</b>	<b>20/04/1953</b>
DOC. CEDEN	<b>&lt;&lt; 144436 01.55 1975 2 00004 117</b>
DOC. CEDEN	<b>0000348 36 PAULO AFONSO - BA &gt;&gt;</b>
CPF	
<b>316.976.905-72</b>	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/06/93	



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

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALIDADE: 01/04/2019 - 31/03/2020

50440-000

CASA PITOCAL, RJ - 24200-000

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 / 04 / 19

VIA PLACA  
1 6.411

RENAVAM MARCA / MODELO  
6231081011 FORD F150

ANO FAB. GEL/MPN. N° CHASSI  
2004 4V 1F1A744344

PRÉMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
35,05 01 13,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRÉMIO PLS SEGURO (R\$)  
6,33 0,27 0,458

PAGAMENTO DATA DE OUTRAÇÃO  
 BOTA ÚNICA  PARCELADO 04/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.608/0001-04



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

Num. 70070743 - Pág. 2

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

PE Nº 014804989052 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALIDADE: 01/04/2019 - 31/03/2020

50440-000

CASA PITOCAL, RJ - 24200-000

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 / 04 / 19

VIA PLACA  
T 6.411

RENAVAM MARCA / MODELO  
6231081011

ANO FAB. CAL/MPN. N° CHASSI  
2004 41 20041000000000000000

PRÉMIO TARIFÁRIO

PMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
35,05 01 13,34

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRÉMIO PLS SEGURO (R\$)  
6,33 0,27 0,458

PAGAMENTO DATA DE OUTRAÇÃO  
 BOTA ÚNICA  PARCELADO 04/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.608/0001-04



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

Num. 70070743 - Pág. 3



**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

Este 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: Petrolândia/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
	Possessor

#### Emissor da DAP

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

A autenticidade e veracidade deste documento poderá ser comprovada por meio do endereço:  
<http://dep.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 \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, cidade \_\_\_\_\_, IPSEP  
Estado PE.

Amplos 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.

Outorgante 



## Procuração

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

1. Outorgante Maria 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  
Alemparmento 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.

Amplos 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 Maria 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.<sup>º</sup> \_\_\_\_\_, CPF N<sup>º</sup> \_\_\_\_\_, 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.<sup>º</sup> \_\_\_\_\_, CPF N<sup>º</sup> \_\_\_\_\_, 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;

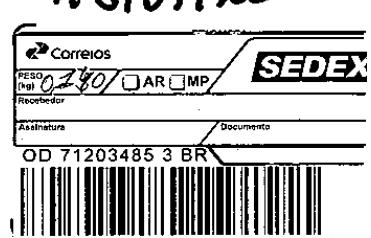
Cláusula Terceiro – Pelo serviço prestado, o contratante assume compromisso de apos o recebimento dos valores, a título de pagamento pelos serviços prestados, repassar à contratada a quantia equivalente a 30% (trinta por cento), do total a ser recebido que será depositado em Conta \_\_\_\_\_ do banco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

Conta \_\_\_\_\_  
Serra Talhada, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
X \_\_\_\_\_





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



18/05/20  
3301

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



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

Num. 70070743 - Pág. 9



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

**PEDIDO DE SEGURO DPVAT**

site: [www.seguradoralider.com.br](http://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

**ATENDIMENTO**



[@dpvat\\_oficial](https://www.instagram.com/dpvat_oficial/) [@DPVAToficial](https://twitter.com/DPVAToficial) [f/DPVAToficial](https://www.facebook.com/DPVAToficial) [in/seguradoralider-dpvat/](https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat/)

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
JUIZ JOAQUIM GOMES	(87)9984-0334		
ENDERÉCOS / Address			
BAIRRO NOVA ESPERANÇA CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
56360-000	PETROLÂNDIA	PE	BRASIL
RECLICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE			
<small>Waste Recyclable PRODAG TEL (81) 3204-2000</small>			

DEVOLUÇÃO (Return)											
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (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 DE ENDEREÇO (Non-existing Number)										
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Unclaimed)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)										
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)											
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)											
1º	/	/	às	2º	/	/	às	3º	/	/	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porto-riego ou condômano											
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em											
<small>Reinstated to service post</small>											
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](http://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.



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. 13

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0148797/20

**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

- 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](http://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](http://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, contados 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 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261356517600000068706659>  
Número do documento: 2010261356517600000068706659

Num. 70070743 - Pág. 15



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
<b>Autorização de pagamento</b>	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://documentospresentes.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



00060017

Carta nº 15812256



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. 16



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/10/2020 13:56:51  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261356517600000068706659>  
Número do documento: 2010261356517600000068706659

Num. 70070743 - Pág. 17



## 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:

-REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende à 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 IMI, 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 discordar 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nação (pais/avós):  Sim  Não 31 - Vítima tem 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.

NÃO ALFABETIZADO

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) \_\_\_\_\_

4D - Local e Data, \_\_\_\_\_

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 0000 0000

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 N° 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@fabiano oliveira.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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: Santander		
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: 4038	CONTA: 01045371	4
(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 discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 do 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

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 N° 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@fabiano oliveira.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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Santander
--	---

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 4 (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 186º CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLÂNDIA - DP186ºCIRC  
DINTER2/22ºDESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0276001524

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PETROLANDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/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 ( VITIMA )  
LUIZ JOAQUIM GONÇALVES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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** Mão: **AMÉLIA GONÇALVES SANTOS** Data de Nascimento: **8/1/1974** Naturalidade: **TACARATU / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE PETROLANDIA, 1, BAIRRO NOVA ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL, VIZINHO AO FERRO VELHO DE CURURU**

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

**RUTE GÓMES DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **LENICE GILVANIRA SEBATIANA 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 - PETROLANDIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEÍCULO (VEICULO)** 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 VÍTIMAS 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 QUIDUTE DE OLIVEIRA** - Matrícula: 320629-7

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

08/05/2021





## 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 N° 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@fabiano oliveira.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:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Santander
--	---

AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 4 (Informar o dígito se existir)
---	---

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váriascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 do 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS JOAQUIM GONCALVES

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04038

CONTA: 000001045371-4

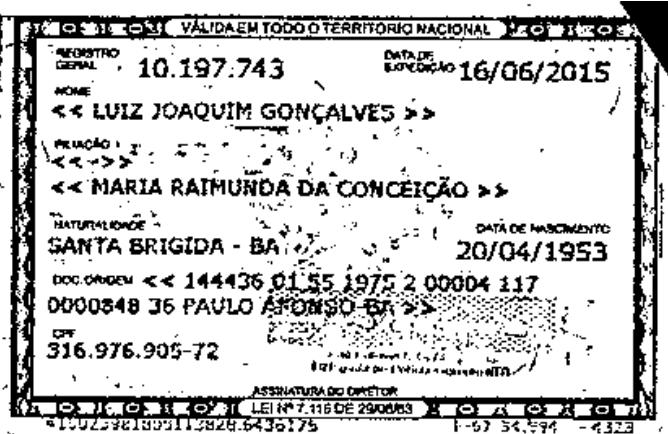
---

Nr. da Autenticação E10DCF06BFCD3221



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. 25



Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10458, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 121, Recife - PE, CEP 50090-002  
CNPJ: 01.000.000/0001-01 Insc. Est. 0005645403 | www.cefpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
LUIZ JOAQUIM GONCALVES

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
ACAMPAMENTO 1, PRIMEIROS 24 CS-24

**CLASSIFICAÇÃO**  
67 RURAL  
AGROPECUÁRIA RURAL

**DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL**

ITEM DA NOTA FISCAL	DATA	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	12/09/2019 - 08/10/2019	20,44
Acréscimo Bônus e VERMELHA		
ICMS Elétric. & CDE-IF (024510788-05/09/19)		
ICMS Subvenç. & CDE-IF (059410726-05/09/19)		
Multa por IMA-PE 012175970 - 0000076		
Multa por IMA-PE 012175970 - 0000078		
Juros por IMA-PE 012175970 - 0000078		
<b>TOTAL DA FATURA</b>		<b>20,44</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

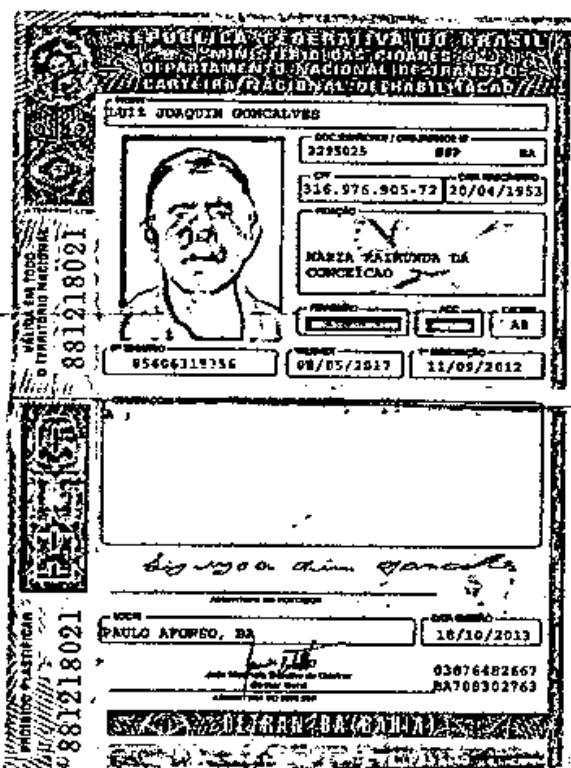
NP DO METERADOR	TIPO DA FUNÇÃO	CAT.	DATA ANTERIOR LEITORIA	DATA ATUAL LEITORIA	Nº DE LECTURA	Nº DE CONSTANTE	ANTEC.	CONSUMO (R\$)
31313300			05-09-2019	08-10-2019	12492	12493	20	20,44

**DETALHAMENTO DE CONSUMO**

MES	TIPO DE CONSUMO	VALORES DE CONSUMO (R\$)	% VALOR DO IMPORTE
SET/19	Consumo de Energia	R\$ 18,74	92,5%
SET/19	Transmissão	R\$ 0,39	1,9%
SET/19	Transporte	R\$ 0,51	2,5%
SET/19	Perdas de Energia	R\$ 1,57	7,6%
SET/19	Investimento Benefício	R\$ 1,26	6,1%
SET/19	Total	R\$ 20,44	100%
AGO/19	Consumo de Energia	R\$ 18,74	92,5%
AGO/19	Transmissão	R\$ 0,39	1,9%
AGO/19	Transporte	R\$ 0,51	2,5%
AGO/19	Perdas de Energia	R\$ 1,57	7,6%
AGO/19	Investimento Benefício	R\$ 1,26	6,1%
AGO/19	Total	R\$ 20,44	100%
SET/19	Consumo de Energia	R\$ 18,74	92,5%
SET/19	Transmissão	R\$ 0,39	1,9%
SET/19	Transporte	R\$ 0,51	2,5%
SET/19	Perdas de Energia	R\$ 1,57	7,6%
SET/19	Investimento Benefício	R\$ 1,26	6,1%
SET/19	Total	R\$ 20,44	100%

**DETALHAMENTO DE CONSUMO**

Este documento contém informações protegidas por direitos autorais. É proibida a sua reprodução, total ou parcial, sem a autorização da Companhia Energética de Pernambuco S.A. - CEPE, conforme Decreto nº 4.042, de 27 de dezembro de 2001, publicado no Diário Oficial da União em 28 de dezembro de 2001. O uso indevido das informações contidas neste documento pode ensejar responsabilidade criminal e civil, nos termos da legislação vigente. Detalhamento de consumo para o mês de outubro de 2019. O consumo é estimado, mediante a utilização de dados anteriores.





8/28 In Acrene (PRA), Aug. ~10  
9/1 Rx'd by Dr. Johnson, A.M.  
10/ Continue exercise & physical  
11/5 Return to U.S.

13! Lepidoptera  
13! Lepidoptera

*J. F. Maldonado Jr.*  
Entomologo  
CONF. ORG.





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

*J. Azarias Salgado*  
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

  
Dr. Azarias Salgado  
Traumatoórga-Ortopédia  
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 VASCONCÉLOS NETO  
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

SANTA CASA  
Santa Casa de Recife  
Av. Dom José de Arcoverde, 100 - Centro  
Recife - PE - CEP 50010-000  
E-mail: [atendimento@santacasa.org.br](mailto:atendimento@santacasa.org.br)  
Site: [www.santacasa.org.br](http://www.santacasa.org.br)

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 ()
- 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  
Traumatologo-Ortopedista  
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: [santa-casa@santacasarecife.org.br](mailto:santa-casa@santacasarecife.org.br)  
Site: [www.santacasarecife.org.br](http://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 NFTO  
CRM: 6218

*[Handwritten signature]*  
CRM: 6218

Santa Casa de Recife

**Relatório Médico de Alta**

Nome: LUIZ JOAQUIM GONÇALVES

Reg.: 674623 | Pront.: 1196750

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

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

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 (~~retirada~~)
- 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-Ortopedista  
CRM: 6218

**CONSULTAS MARCADAS**

DATA	HORA	MÉDICOS (A)
------	------	-------------

06/01/20	8:00	Mauro F.
02/03/20	08:00	Mauro P.
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/		



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. 35



1196750

66

08/2019

Luiz Joaquim Gonçalves.

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO  
DO PACIENTE** (CONTATO  
**81 - 3412.3800**)  
É ZÉ QUE VOLTAR A CONSULTA NÃO ESQUECER DE APRESENTAR ESTE CARTÃO



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. 36

Telefone: 87996698435  
Titular: LUIZ JOAQUIM GONCALVES  
Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ  
JH No.: 1 Admissão: 14/12/2019 17:50  
CID:  
Data/Hora: 18/12/2019 10:22

Dt. Nasc.: 20/04/1953 RG: 10197743  
Matrícula:  
Leitos: LEITO A1  
Convênio: RETAGUARDA GETULIO  
OS: 119.336389

Exames Solicitados:

1) RX JOELHO DIR AP/P

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA  
CRM: 4197

Azevedo  
Radiologista Geral  
CRM: 6218

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





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: 4197

Dr. MAURO ROBERTO REGUEIRA GOMES PENA  
CRM: 4197



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

Num. 70070743 - Pág. 38



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

Dr. Azarias Salgado  
Traumatologa-Ortopedista  
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1569 - 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  
Cirurgião-Dentista  
CRM: 6218