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, 13 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210009359 **Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 11/10/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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

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, 07 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210009359 **Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 11/10/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

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 quadril 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: **PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **260**
Agência: **000000001**
Conta: **000069463905-2**
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

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, 19 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210009359

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 19/02/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 16589363

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000069463905-2

Nr. da Autenticação 5EE0DCF6D8A34673

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210009359 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/10/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOC PAG. 03 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 05 // BAM ANEXO 1 PÁG. 02 //

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

Seguradora LÍDER

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: 157.508.344-25

4 - Nome completo da vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF: 157.508.344-25

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: SI SALVADOR

9 - Número: 640

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: SURUBIM

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)9.9665-0454

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: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 64463905 (2) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 descendente (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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - [illegible]

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 11/01/2021

X PATRIK R. OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO LÉRIO - DP126ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

Delegacia de Polícia da Menina de Vertente do Lério - Pernambuco
EM 10/11/2020

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 20E0216000113

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/11/2020** às **10:39**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **11/10/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DO TEMBOLA CANECOT, 1** - Bairro: - **VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 1 - Ponto de Referência: **FABRICA DE HENRIQUE OLIVEIRA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (02) (AUTOR \ AGENTE)
RENAN ANTONIO DA SILVA (OUTRO)
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SUELI LIMA RODRIGUES**
Pai: **ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **12/6/2000** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1946[illegible]07/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **81982371833**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, S/N, SITIO SALVADOR, ZONA RURAL** - CEP: 0 - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO LOURO**

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (02) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE VERTENTE DO LERIO, S/N, SITIO SALVADOR, ZONA RURAL** - CEP: 0 - Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO LOURO**

RENAN ANTONIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENAN ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **HMU3131** (PERNAMBUCO/VERTENTE DO LERIO) Renavam: **[illegible]** Chassi: **9C2JC3070[illegible]**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA INFORMANDO QUE NO DIA 11/10/2020, POR VOLTA DAS 15 HORAS, ENQUANTO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, COR PRETA DE PLACA KKU0132, PELA ESTRADA DE TERRA QUE LIGA O SÍTIO MACACOS AO CENTRO DE VERTENTE DO LÉRIO, QUANDO AO PASSAR PELA LADEIRA CONHECIDA COMO "EMBOLA CANECO", PRÓXIMO À FÁBRICA DE HENRIQUE QUEIROZ, DEVIDO À BAIXA LUMINOSIDADE DA VIA À NOITE, EM DECORRÊNCIA DE ALGUMAS LÂMPADAS NOS POSTES, PROVAVELMENTE ESTAREM QUEIMADAS, PASSOU POR UM BURACO ONDE VEIO A CAIR JUNTO COM A MOTOCICLETA, OCASIONANDO A FRATURA NO FÊMUR DIREITO, CONFORME INFORMA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO, NA CIDADE DE BEZERROS/PE, EM DOCUMENTO ANEXO A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL SÃO LUIZ, NA CIDADE DE GURUIMIPE, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL, NA CIDADE DE CARUARUPE, E, POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO, NA CIDADE DE BEZERROS/PE. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT.

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

10.11.2020

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE CARLOS DE MOURA JUNIOR** - Matrícula: **2975270**
(Liberado em **10/11/2020** às **11:25**)

Seguradora LÍDER

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: 157.508.344-25

4 - Nome completo da vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF: 157.508.344-25

7 - Profissão: AGRICULTOR

8 - Endereço: SI SALVADOR

9 - Número: 640

10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: ZONA RURAL

12 - Cidade: SURUBIM

13 - Estado: PE

14 - CEP: 55.750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81)9.9665-0454

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: NUBANK (260)

AGÊNCIA: 0001 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 64463905 (2) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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 descendente (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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - [illegible]

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SURUBIM, 11/01/2021

X PATRIK R. OLIVEIRA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétric
COMERC
Atendimento ao deficiente auditivo

Agência de Regulação dos Serviços Públi
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação G
Agência Nacional de
167-Ligação Gratuita de

DADOS DO CLIENTE
OTACILIO DA SILVA OLIVEIRA
PROX IGREJA EVANGELICA
CPF: 029.603.794-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SI SALVADOR 640

ZONA RURAL SURUBIM/RURAL SURUBIM
55750-000 SURUBIM PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
23/10/2020

TOTAL A PAGAR (R$)
34,22

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
16/10/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
16/10/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
128359496

CLASSIFICAÇÃO
B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
2D08.13E0.6849.0C6D.18CF.E379.AAC4.725

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	78,00	0,27920134	21,77
Consumo Ativo(kWh)-TE	78,00	0,21701512	16,92
Compensação DICRI 01/20			0,46-
Compensação DICRI 03/20			3,71-
Correc.Monet. DICRI Mes - 032020			0,26-
Correc.Monet. DICRI Mes - 012020			0,04-
TOTAL DA FATURA			34,22

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,26494900
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,20597000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	16,37	42,06
Transmissão	2,31	5,97
Distribuição (Celpe)	11,90	30,59
Encargos Setoriais	2,14	5,47
Tributos	1,86	5,97
Perdas de Energia	3,56	9,90
TOTAL	38,69	100

HISTÓ

OUT	20	
SET	20	
AGO	20	
JUL	20	
JUN	20	
MAI	20	
ABR	20	
MAR	20	
FEV	20	
JAN	20	
DEZ	19	
NOV	19	
OUT	19	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	38,69	0,90	0,34	38,69	4,19	1,62

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA MEDIÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
X03873	CAT	16/09/2020	23.550,00	16/10/2020	23.628,00	30	1,00000	0,00	78,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/11/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS IN

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALO APURA
		ago/202
DIC-No.de horas sem Energia	SURUBIM	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		

BUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 20,98

Este Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FI

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! comercial araujo: avenida sao sebastiao centro / farmacia avenida: av sao sebastiao n850 sao sebastiaoLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.436/02) e atualização monetária no próx. mês

NÍVEIS

TENSÃO NOMINAL(V)
220

Nota Fiscal de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-329
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0328840-96 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO LUIS DE ALBUQUERQUE FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MENINO ALVES DE MORAIS 54

CPF: 574.040.534-68

CEP: 50050-000
SUBLIMIE
50700-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Mon Fatura

05232790333	06/2020	
12/08/2020	03/09/2020	
	236,49	

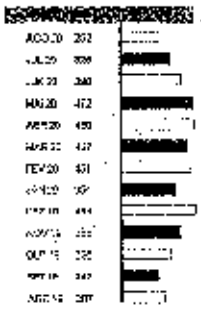
116636295	UNICA	30/06/2020

1601/2020	2001/22033	3 / 01/17

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh) (0001)	252,000000	0,468539189	118,04
Consumo Ativo(kWh) (0)	350,000000	0,264471613	91,93
Contrib. Ilum Pública Municipal			25,31
ICMS Subvenção-CDE/ANEEL 17762182-12/06/20			5,04

TOTAL DA FATURA 236,49

Nº DO MEDIDOR	DATA FURDAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO DIAS	GERADORA	AJUSTE	CONSUMO (kWh)



	BASE DE CÁLCULO (R$)	%	VALOR (R$)
ICMS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
PIS	[illegible]	[illegible]	[illegible]
COFINS			

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	236,49	100%

	CONSUMO	MÉDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA
DIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
DMIC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

TEMPO NOVAMENTE	DATA DE VERIFICAÇÃO (h)	

05232790333 CONTRATO/FATURA | [illegible] NÚMERO | 12/08/2020 DATA DE EMISSÃO | TOTAL A PAGAR (R$) 236,49

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**[2].

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF: órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.440.534 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 157.508.344 / 25, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 157.508.344 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

(X) Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente do que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA MANOEL ALVES DE MOURA		69	CASA
Bairro: CENTRO	Cidade: SURUBIM	Estado: PE	CEP: 55.750-000
Email:	Telefone comercial (DDD): (81) 9665-0454	Telefone celular (DDD): (81) 9.8433-5022	

SURUBIM, 11 de JANEIRO de 2020.

Local e Data

Assinatura do Declarante

D. DRI 002 V001/2017

Hospital São Luiz
APAMI - Surubim

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE
Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que PATRICK RODRIGUES DE OLIVEIRA deu entrada neste serviço no dia 11/10/2020, após acidente, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Regional do Agreste – Caruaru , conforme consta em prontuário de nosso arquivo .

Surubim, 22 de outubro de 2020.

Adriana Olivia Cabral
Funcionaria Encarregada

HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 120/121892 Data: 11/10/2020 19:58 Recep: JOAO PAULO
Convênio: SUS Matrícula: Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: **HENNAN SANTOS CARVALHO** Cartão SUS: 898002986854594

Registro: 180391 Prontuário: 180391
Paciente: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA Cor: Parda
Nascimento: 12/06/2000 - Idade: 20 anos Sexo: Masculino
Endereço: ST SALVADOR Nº C.P.F. . . -
Bairro: ZONA RURAL Cep: - Identidade: 10460807 / PE
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO UF: PE Telefone:
Pai: ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA G. instrução:
Mãe: SUELI LIMA RODRIGUES
Est. Civil: Solteiro(a) Naturalidade: RECIFE

OBS:

Anamnese e Exame Sumário: [illegible]

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid: [illegible]

Prescrição/Tratamento: [illegible]

Reavaliação:

Materiais Usados:

HPS 2604988

Hennan Santos Carvalho
MÉDICO CLÍNICO GERAL
CRM-PE 8352
RQE 3115

Assinatura e Carimbo do Médico

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a)**Patrik Rodrigues de Oliveira , com Registro Hospitalar: 365654, esteve interno nesta unidade de saúde no período do dia, 12/10/2020 e foi transferido para hospital de bezerros em 13/10/2020**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 26 de Outubro 2020

setor de Arquivo (same)

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

DEMISE / CADASTRO PACIENTE

Atendimento: 628006 Prontuário: 365634

Nome: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
Data Nasc.: 12/06/2000 Idade: 20 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 15750524429 RG: 9456037 CNS: 210300681000007
Endereço: SITIO SALVADOR Nº: 0
Bairro: AREA RURAL Cidade: VERTENTE DO LERIO Estado: PE
CEP: 55760000 Fone: 971137635 Profissão: AGRICULTOR
Nome da Mãe: SUELI MARIA RODRIGUES
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO Data: 2/10/2021 Hora: Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico: PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição: Dieta:

Data		Horário

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido ( ) Paciente ( ) Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ___/___/___

_____
Assinatura

Autorização de Procedimento ( ) Paciente ( ) Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

_____
Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido
( ) Transferência: HR Agreste ( ) Internamento: _____

Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: ___/___/___ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

20/10/2020 14:48:46
2 de 2

Usuário do Atendimento
RELANESS

NOME: PATRICK RODRIGUES DE OLIVEIRA

REG. 133254

DIAGNOSTICO: FRATURA DO FEMUR DIREITO

TRATAMENTO: FIXAÇÃO COM DHS

DATA DA CIRURGIA: 16/10/2020 ALTA: 17/10/2020

DATA DA VOLTA: 29/10/2020 11:00h

OBS: NÃO PISAR

(REVISÃO NA CLINICA DA MULHER)

END: RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA / PROXIMO PRAÇA CENTENARIA

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: Patrick Rodrigues de Oliveira

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura [illegible] CID-10 S221, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 16/10/20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 29/10/20

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO Prefeitura 2000107097	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA			6 - Número do Prontuário 133254	
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 706907199654230	8 - Data Nascimento 12/06/2000	9 - Sexo MASCULINO 1	10 - Raça/Cor	10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe SUELI LIMA RODRIGUES			12 - Telefone de Contato 81.971124729	
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO SALVADOR, 0 - ZONA RURAL PE				
16 - Município de residência VERTENTE DO LERIO	17 - Cod. IBGE município 2616183	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Dor e deformidade no MSD após trauma

21 - Condições que justificam a internação

EF + Rx

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Rx

23 - Diagnóstico inicial	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Causas associadas
Fratura	S72.0		04.08.05.063-2 04.08.06.019-0 04.08.06.046-8

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento hospitalar	28 - Código do procedimento

29 - Clínica	30 - Caráter de Internação	31 - Documento	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
Ortopedia		( ) CNS ( ) CPF	

33 - Nome do Profissional Solicitante	34 - Data da solicitação	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)
Dra. Monica	13.10.2020	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nº do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico 38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado

Dr. Rodrigo Souza Araújo Ribeiro
Diretor Técnico
CRM PE 6648

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profisional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

PREFEITURA DE BEZERROS
Secretaria Municipal de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL
262010534661-7

Conferido com Original
Regina Bezerra
Hospital Jesus Pequenino
19/01/20
Ana Karoline
Assistente Social
CRESS/PE

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: CLINICA MEDICA

Atendimento:	589524 Data: 13/10/2020 Hora: 9:21	Recepc.:	MARIA EDUARDA DA SILVA
Convênio:	SES - ORTOPEDIA	Matrícula:	
Responsável:		Identidade:	
Médico:	DRA. MONICA RUFINO ALVES MATIAS	Cartão SUS:	706907199684230

Paciente:	133254 PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA	Sexo:	MASCULINO Cor:
Nascimento:	12/06/2000 - 20 Anos e 4 Meses	Est. Civil:	
Endereço:	SITIO SALVADOR,	C.P.F.	15750834425
Bairro:	ZONA RURAL PE CEP:	Identidade:	10460807 SDS PE
IBGE/Cidade:	2616183 VERTENTE DO LERIO UF: PE	Telefone:	81.971124729
Pai:	ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA	G.Instrução:	
Mãe:	SUELI LIMA RODRIGUES	Ocupação:	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	RECIFE

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 776438

Queixa do Paciente: Dor e dificuldade de andar após trauma

H.D.A.: Trauma

Exame Físico: Deformidade e coloração de membro

HPP: Fratura

Tratamento: Internamento hospitalar

Conferido Com Documento Original Sezenos 7E
Hospital Jesus Pequenino
Ana Paula Assistente Social CRESS/PE Nº 4.471

Paciente Necessita de Acompanhante
Adilson de Souza
Acompanhante

Rezerros, 13 de outubro de 2020

Monica Rufino Matias
Médica
CRM-PE 28942
Assinatura e Carimbo do Médico

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: [illegible]

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 365654

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2 1 0 3 0 6 0 [illegible] 0 0 0 0 0

8 - DATA DE NASCIMENTO: 01081020

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR:

11 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE: Sueli Silva Rodrigues

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 87 Nº do telefone 9 1 1 3 4 5 1 2 5

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº do telefone

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Salvador

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Jaqueira do Leite

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Nasceu com [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: [illegible] [illegible]

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): [illegible]

Confirmado com Documento Original Bezerros PE 10/02/2021 Hospital Jesus Requenino

Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE Nº 7471

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Parto [illegible]

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

29 - CLÍNICA:

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

Adenilai Travassos Lessa COREN 113

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/02/21

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01
Enfermaria: CLINICA MEDICA

Atendimento: 599524 Data: 13/10/2020 Hora: 9:21
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. MONICA RUFINO ALVES MATIAS

Recepc.: MARIA EDUARDA DA SILVA
Matrícula:
Identidade:
Cartão SUS: 706907198654230

Paciente: 133254 PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
Nascimento: 12/06/2000 - 20 Anos e 4 Meses
Endereço: SITIO SALVADOR,
Bairro: ZONA RURAL PE
IBGE/Cidade: 2616133 VERTENTE DO LERIO
Pai: ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA
Mãe: SUELI LIMA RODRIGUES
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 16750834425
Identidade: 10460807 SDS PE
Telefone: 81.971124729
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: RECIFE

Recepcionista: _____

Motivo Alta: ( ) Curado (X) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 hora
( ) Assinou o termo

Alta Hospitalar Data: 13/10/2020

Médico: _____

Carla Maria
Médica
CRM-PE 26531

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Conferido Com Diagnóstico Original Bazeiro do Hospital Jesus Pequenino

Ana Cristina
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4477

Óbito Data: __/__/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Hospital Regional
JESUS FEQUENINO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA	NÚMERO DO REGISTRO 133254
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA	
ANESTESIA RAQUI	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 16/10/2020	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA TRANSTROCANTERICA A DIREITA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA TRANSTROCANTERICA A DIREITA	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERICA A DIREITA + TENOMIOTOMIA DO VASTO LATERAL + OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ISQUEMIA PREVIA COM FAIXA DE ESMARCH
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
4. INCISÃO NA FACE LATERAL DA COXA DIREITA
5. DIVULSAO POR PLANOS
6. TENOMIOTIMIA DO VASTO LATERAL
7. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA
8. REDUÇÃO DA FRATURA
9. COLOCAÇÃO DE FIO GUIA NO FEMUR PROXIMAL
10. OSTEOTOMIA DO FEMUR PROXIMAL
11. COLOCAÇÃO DE PINO DESLIZANTE + APOSIÇÃO DE PLACA DHS + COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS + CONTRAPINO
12. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
13. FECHAMENTO POR PLANOS
14. CURATIVO

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM-PE 3.764

Conferido Com Desconto
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Fequenino
20/06/08

Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Instituto Alcides d'Andrade Lima
HOSPITAL JESUS PEQUENINO
Fone: 3728-1586 - BR 232 - Bezerros - PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 26/10/20

N B

Anestesia: Raquidiana

Nome: Patrick Rodrigues de Oliveira Nº do Registro 365654 Nº. na Clínica: _____

Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 20 Sexo: M Cor: P

Operador: Dr. Ronaldo Assist.: _____ Anestesista: Dra Priscila

Diag. Preop.: Fratura de fêmur dir. Diag. Posop.: O mesmo

Op. Proposta: TTO cirúrgico Op. Realizada: O mesmo

Premeditação: MDZ 7 FEN 100 Hora: 16:50 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

16:50 17:50

15 30 45 16 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30

AGENTES: N2O / O2

Líquidos venosos: SF SF

PA V: °C 240 / 36 220
PULSO: 35 200 / 34 180
ANES X: 32 160
OP O: 30 140
TEMP A: 120
ASPIR A: 100
RESP O: 80 / 60 / 40 / 20

Cirurgiã / Assist. / Contro.

SIMBOLOS: ECG Sat O2

RSR RSR RSR

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. Neocaína 0,5	1,5 g	Sentado Hor. co-
B. Dormonid	80 mg	périca/anestesia
C. Bupivacaína	1 g	Indução e anestesia
D. Decadron	40 g	para Holy hor. Lima
E. Dimetacrina	1 g	do Sentado (A) (B),
F. Dipirona	2 g	Pat deitado
G. Tiletamina	400 g	

LÍQUIDOS

SF 0,9% 1 L

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA
NASO/OROTRAQUEAL - CEGA
BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO
SOB. - MÁSCARA
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia: 1h15

TOTAL: D2

ANOTAÇÕES:

Perda 5

Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequenino 26/10/20

Alice Amorim
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4473

OPERAÇÃO: Tto cirúrgico em fratura de fêmur dir.

Laringo - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Náusea
Taquicardia - Vômito

Hemorragia Anormal
Bradi - Taquicardia - Choque

ANESTESISTA: Dra Priscila CRM 7381

CIRURGIÃO: Dr. Ronaldo Fernandes Ortopedista CRM: 3764

PERDA SANGUÍNEA:

HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

COMANDA 661098

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Patrix Rodrigues de Oliveira Registro Nº. 133254
Apt.: Enfermaria.: Data: 16 / 10 / 2020
Cirurgia: Fract. Fêmur "D" Cirurgião: Dr. Longaldo
Anestesia: Raqui Anestesista: Dra Priscila
Início: Término:

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	05 amp
Água Destilada	01 amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidine	
Decadron	01 amp	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 amp	Rocefin 1g	
Dimorf 0,1	01 amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico 500ml	01 unid
Fortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml	1 ml	Tenoxicam	01 amp
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Tramal	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidrocortisona 100mg		Voluven	
Hidrocortisona 500mg		Xylocaína 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaína 1% s/a	
Keflin	01 amp	Xylocaína Geléia	
Ketalar		Xylocaína Spray	
Lasix		Xylocaína Pesada	
Manitol		**MATERIAIS**	
Marcaína c/a		Agulha desc. 25x7/40x12/0,45x13	03 unid
Marcaína s/a		Agulha de Plexo	
Marcaína Pesada	01 amp	Agulha Raqui 25	01 unid
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Conferido Com Documento Original Guarda Hospital Jesus Pequenino

Ana Maria Assistente Social CRESS/PE Nº 2471

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico		CatGut Crom c/a 0 + 01	01 unid
Atadura Crepe 15cm	01 unid	Fio de Algodão	
Atadura Gesso		Fio de Aço	
Azul de Metileno		Fio Kirschner	
Bolsa p/ Colostomia		Fio Maleável	
Cateter Nasal		Monocryl	
Clamp Umbilical		Mononylon 2.0	02 unid
Coletor Sistema Aberto		Polycot	
Coletor Sistema Fechado		Propelene	
Comp. Cirúrgica	04 Pac.	PDS	
Dreno de Sucção		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl 0	01 unid
Dreno Tórax		**LÍQUIDOS**	
Eletrodos	05 unid	Água Oxigenada	100 ml
Equipo Macrogotas		Álcool 70%	100 ml
Escova de Degermação	04 unid	Glutaraldeído	
Esparadrapo	TX	Éter	50 ml
Esparadrapo Micropore		Formol	
Gaze 7x5x7,5	04 unid	Clorexidina Degermante	100 ml
Neocaina Pesada		**TAXAS**	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	TX
Infusor p/soluções Parenteral 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	TX
Jelco		Desfibilador	
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 21	02 unid		
Látex 204		**OXIGÊNIO**	
Luva Estéril 7,0 8,0	05 Pares	Das às	
Luva Descartável	08 Pares		
Máscaras	06 unid		
Polifix			
Pró-Pés	06 Pares		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc	04 unid		
Seringa 05 cc	04 unid		
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc	04 unid		
Sonda Nasogástrica nº			
Sonda Foley nº			
Sonda Uretral nº			
Sonda 'Jv nº			
Transofix			
Pulseiras de RN			
Toucas	06 unid		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			

Andreia Maria da Silva Prado
COREN-PE 76.488 - TE

Conferido Com Documento Original Apresentado
Hospital Jesus Pequeninho
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS PE Nº 1.432

NOME: PATRICK RODRIGUES DE OLIVEIRA

REG. 133254

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO FEMUR DIREITO

TRATAMENTO: FIXAÇÃO COM DHS

DATA DA CIRURGIA: 16/10/2020 ALTA: 17/10/2020

DATA DA VOLTA: 29/10/2020 11:00h

OBS: NÃO PISAR

(REVISÃO NA CLINICA DA MULHER)

END: RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA / PROXIMO PRAÇA CENTENARIA

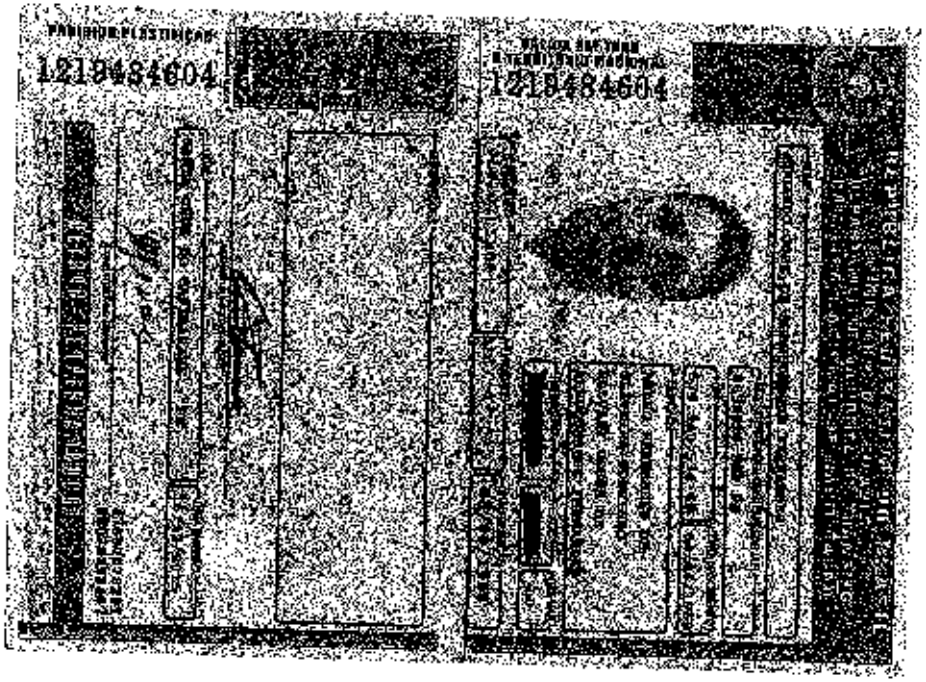
2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

PATIENT PROFILE
DATE OF BIRTH
PHOTO TAKEN
DATE
DOMINANT HAND
ORTHOPAEDIC SURGERY
DEPARTMENT OF
UNIVERSITY HOSPITAL
DANZIG


1219484604
1219484604

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
157.508.344-25

Nome
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento
12/06/2000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/09/2015

<< NATÁLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA >>

<< ANTÔNIO SANTOS DE OLIVEIRA >>

<< SUELI LIMA RODRIGUES >>

DATA DE NASCIMENTO 12/06/2000

<< CN. 26 [illegible] 1.93 CART. [illegible]

VERTENTE DO LÉRIO-PE 08.01.2001 >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Digitalizado com CamScanner

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008781/21

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do acidente: 11/10/2020

CPF: 157.508.344-25

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA : 157.508.344-25

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 11/01/2021	Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 574.940.534-68	CPF: 114.202.964-69
EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES	JULIANA BEZERRA DE LUNA

Seguradora LÍDER

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Des 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 32/000 93 59

Data da solicitação: 12/02/2021 (DD/MM/AA)

Nome do beneficiário: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 157.508.344-25

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 (DDD) **Tel. Comercial:** ( ) (DDD) **Tel. Residencial:** ( ) (DDD)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ **DAMS** (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ **DISCORDO DA NEGATIVA** ☒ **DISCORDO DO VALOR RECEBIDO** ☐ **DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ **NÃO** ☒ **SIM,** Informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: DOC IMAGEM (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito reanálise do meu processo pois sofri fratura em minha perna (fêmur) fiz cirurgia, todo tratamento médico e mesmo assim me encontro com sequelas graves, não fui submetido a perícia e fui liberado sem receber muito injuria ao qual eu tenho direito. Verifique a minha sequela pois até o momento estou sem exercer muitas atividades.

Surubim 12/02/2021

Local e Data

X PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a rogo).

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG: 10.460.807 SDS/PE e CPF: 157.508.344-25
DATA DO ACIDENTE: 11/10/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
ENDEREÇO: SI SALVADOR , Nº 640, ZONA RURAL - SURUBIM - PE CEP 55.750-000.

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA MANOEL ALVES DE MOURA, Nº64, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.** PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 11 DE JANEIRO DE 2020

Patrik Rodrigues de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008781/21

Número do Sinistro: 3210009359

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do acidente: 11/10/2020

CPF: 157.508.344-25

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 26/01/2021
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2021
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos