



15/06/2023

Número: **0034622-39.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (AUTOR)	
	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A)) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO(A)) VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135854031	15/06/2023 16:42	2827781_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00346223920218172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 15 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 15/06/2023 16:43:00
Número do documento: 23061516423468400000132699618
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061516423468400000132699618>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/06/2023 16:42:34

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 15/06/2023 16:43:00
Número do documento: 23061516423468400000132699618
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061516423468400000132699618>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/06/2023 16:42:34

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 15/06/2023 16:43:00
Número do documento: 23061516423468400000132699618
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061516423468400000132699618>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/06/2023 16:42:34



Número: **0034622-39.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (AUTOR)	
	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO(A)) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO(A)) VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A)) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
TASSIA CAMPOS DE LIMA E SILVA (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
135855232	15/06/2023 16:42	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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.
--------------------------------	--

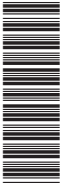
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Pag. 01199/01200 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16481350





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.

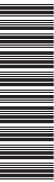
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00049/00050 - carta_15R - INVALIDEZ





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

Pag. 01517/01518 - carta_09 - INVALIDEZ



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



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



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: PATRICK RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: PATRICK RODRIGUES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 157.508.344-25
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: S1 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) 9866-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R 1.000,00 A R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: NUBANK (2601)
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 69463905 2

Autoriza 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 do 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vive nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SURUBIM, 11/01/2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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

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 - Culpeito (Consumado) que aconteceu no dia 11/10/2020 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **LADEREIRA DO TEMBELO CANEÇÓ, 4 - Bairro: - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 4 - Ponto de Referência: **FABRICA DE HENRIQUE GUEIROZ**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (02) (AUTOR / AGENTE)
RENAN ANTONIO DA SILVA (OUTRO)
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

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: **12/06/2000** Nacionalidade: **RFCIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **14669537/SS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(S)** Esporidade: **1º - GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81982371833**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 440, SÍTIO SALVADOR, ZONA RURAL - CEP: 4 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO LOURO**

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA (02) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VERTENTE DO LÉRIO, 440, SÍTIO SALVADOR, ZONA RURAL - CEP: 4 - Bairro: CENTRO - VERTENTE DO LÉRIO/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DO LOURO**

RENAN ANTONIO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: 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: **KKUJ3131** (PERNAMBUCO/VERTENTE DO LÉRIO) Renavam: **316805567** Chassi: **9C2JC38787R143750**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**



-6-

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 MAUC132, PELA ESTRADA DE TERRA QUE LIGA O SÍTIO MACACOS AO CENTRO DE VERTEENTE DO LÉRIO, QUANDO AO PASSAR PELA LADERA CONHECIDA COMO "EMBOLA CANEÇO", PRÓXIMO À FÁBRICA DE HENRIQUE QUEIROZ, DEVIDO A 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 BEZERROSPE, EM DOCUMENTO ANEXO A ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL SÃO LUÍZ, NA CIDADE DE BURUNIMPE, DE ONDE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL, NA CIDADE DE CARUARUPE, E, POSTERIORMENTE, TRANSFERIDO NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO, NA CIDADE DE BEZERROSPE. DIANTE DISTO, VEIO COMUNICAR O OCORRIDO PARA FINS DE REQUERER INDENIZAÇÃO DO SEGRE OPVAT.

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

PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE AGUIAR JUNIOR - Matrícula: 3976279
(Liberado em 10/11/2020 às 11:25)



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

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) 9866-0454

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R 1.000,00 A R 1.000,00 ☐ R 2.501,00 ATÉ R 5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 2.500,00 ☐ ACIMA DE R 5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK (2601)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 69463905 2
(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 do 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

X PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019

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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica
COMERCIO
Atendimento ao deficiente auditivo

Agência de Regulação dos Serviços Públicos
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis
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.AAC4.7254

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 - 03/2020			0,26
Correc.Monet. DICRI Mes - 01/2020			0,04
TOTAL DA FATURA			34,22

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	38,59	0,90	0,34	38,59	4,19	1,62

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,26444400
Consumo Ativo(kWh)-TE 0,20597000

MISTO

OUT 20 12|||||
SET 20 12|||||
AGO 20 12|||||
JUL 20 12|||||
JUN 20 12|||||
MAI 20 12|||||
ABR 20 12|||||
MAR 20 12|||||
FEV 20 12|||||
JAN 20 12|||||
DEZ 19 12|||||
NOV 19 12|||||
OUT 19 12|||||

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Cobertura de Energia	18,27	42,06
Transmissão	2,31	5,97
Distribuição (Celpe)	11,90	34,99
Energia Retornada	2,11	6,17
Tributos	1,86	5,47
Perdas de Energia	3,86	9,99
TOTAL	38,59	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	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 INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO
DIC-No.de horas sem Energia	SURUBIM	0,00
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico		
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,00		
Nota: Consumidor pode solicitar a regulação das interrupções DIC, FI		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! 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%(Res9414/ANEEL), Juros 1%a.m(Loi 10.436/02) e atualização monetária no próx. mês

NÍVEL

TENSÃO NOMINAL(V)

220



Companhia Energética de São Paulo
Av. João de Barros, 111, Joo Velloso (Bixia) - CEP 50050-270
CNPJ 10.782.032/0001-08 | nre.bst.0026540-6 | www.cespsa.br

RABON DO CLIENTE
EDUARDO LUGUE A.B.O.QUEIROZ FERNANDES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
R. A. N. - N.º 1. ALV. DE M. P. A. 64

٥٦٤-٥٦٥ : ٥٦٤

DEM PROSLUBNOY
SURLBIMPE
56700-000

DEPARTMENT OF
RESIDENCE
Mar. 1960

77E63E295	UTM4	35062220
-----------	------	----------

Call Date	2006/22/53	3/5/14
-----------	------------	--------

0523279033	08/2020
3208/2020-2	03/09/2020
	238,45

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL
Consumo de energia elétrica (R\$)	252,0000 KWH	0,46679133	117,61
Consumo de água (R\$)	969,0000 KWH	0,06477613	62,60
Contrato de manutenção			25,81
Outros Serviços - CDE - R\$ 1762162,16/6670			5,04
TOTAL DA PARCELA			208,06

Nº DO VEICULO	PRAÇA FUNDAÇÃO	ANTERIOR 06/08/97	FREQUENTE 1 FEVEREIRO	ATUAL VALOR(%) LUGAR(%)	RDC GERENTE DATA	AJUSTE 1,0000%	CONSUMO GNV
							292,22

[illegible][illegible]

Figure 1 consists of two side-by-side grayscale images. The left image is a noisy version of a textured surface, with many black and white speckles. The right image is the result of applying the proposed algorithm, showing a much smoother and clearer texture with significantly reduced noise.

[illegible]

05/22/2020	64030	12/08/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	236,49
CONTA CONTINUA 05/22/2020 64030 12/08/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 236,49				



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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: 574.940.534 / 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:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA MANOEL ALVES DE MOURA</u>		Número <u>64</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.750-000</u>
E-mail _____		Telefone comercial (DDD) <u>1819-9665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>1819-8433-5022</u>

SURUBIM / 11 de Janeiro de 2020
Local e Data

Eduardo José de A. Fernandes
Assinatura do Declarante



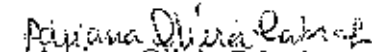


ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM
Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim - PE
Fone: 81 - 36341624 Fax: 3634-1461
CNPJ 11.754.025/0001-05
E-mail: apamisurubim@terra.com.br

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
Funcionária Encarregada



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

Atendimento: 120/121892 Data: 11/10/2020 19:58
Convênio: SUS Matrícula:
Médico: HENNAN SANTOS CARVALHO

Recep: JOAO PAULO
Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Cartão SUS: 898003986854594

Registro: 180391

Paciente: PATEK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento: 12/06/2000 - Idade: 20 anos

Endereço: ST SALVADOR

Bairro: ZONA RURAL

IBGE/Cidade: VERTEENTE DO LERIO

Pai: ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA

Mãe: SUELI LIMA RODRIGUES

Est. Civil: Solteiro(a)

Prontuário: 180391

Cor: Parda

Sexo: Masculino

C.P.F. . . .

Identidade: 10460807 / PE

Telefone:

G. instrução:

Naturalidade: RECIFE

OBS:

Anamnese e Exame Sumário:

Paciente com dor de abdômen, com
dores de tipo cólico, em episódios.

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Prm

Prescrição/Tratamento:

1500mg
Ox - 1000mg
Clonaz

Reavaliação:

HP 826061988

Materiais Usados:

HENNA SANTOS CARVALHO
MÉDICO CLÍNICO GERAL
CRM-PE 8352
R. 3113, 1º andar

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)

**Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP
55.024.000**

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9400- / 3719.9346 (SAME)



54
 1944
 1945
 1946
 1947
 1948
 1949
 1950
 1951
 1952
 1953
 1954
 1955
 1956
 1957
 1958
 1959
 1960
 1961
 1962
 1963
 1964
 1965
 1966
 1967
 1968
 1969
 1970
 1971
 1972
 1973
 1974
 1975
 1976
 1977
 1978
 1979
 1980
 1981
 1982
 1983
 1984
 1985
 1986
 1987
 1988
 1989
 1990
 1991
 1992
 1993
 1994
 1995
 1996
 1997
 1998
 1999
 2000
 2001
 2002
 2003
 2004
 2005
 2006
 2007
 2008
 2009
 2010
 2011
 2012
 2013
 2014
 2015
 2016
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021
 2022
 2023
 2024
 2025
 2026
 2027
 2028
 2029
 2030
 2031
 2032
 2033
 2034
 2035
 2036
 2037
 2038
 2039
 2040
 2041
 2042
 2043
 2044
 2045
 2046
 2047
 2048
 2049
 2050
 2051
 2052
 2053
 2054
 2055
 2056
 2057
 2058
 2059
 2060
 2061
 2062
 2063
 2064
 2065
 2066
 2067
 2068
 2069
 2070
 2071
 2072
 2073
 2074
 2075
 2076
 2077
 2078
 2079
 2080
 2081
 2082
 2083
 2084
 2085
 2086
 2087
 2088
 2089
 2090
 2091
 2092
 2093
 2094
 2095
 2096
 2097
 2098
 2099
 2100
 2101
 2102
 2103
 2104
 2105
 2106
 2107
 2108
 2109
 2110
 2111
 2112
 2113
 2114
 2115
 2116
 2117
 2118
 2119
 2120
 2121
 2122
 2123
 2124
 2125
 2126
 2127
 2128
 2129
 2130
 2131
 2132
 2133
 2134
 2135
 2136
 2137
 2138
 2139
 2140
 2141
 2142
 2143
 2144
 2145
 2146
 2147
 2148
 2149
 2150
 2151
 2152
 2153
 2154
 2155
 2156
 2157
 2158
 2159
 2160
 2161
 2162
 2163
 2164
 2165
 2166
 2167
 2168
 2169
 2170
 2171
 2172
 2173
 2174
 2175
 2176
 2177
 2178
 2179
 2180
 2181
 2182
 2183
 2184
 2185
 2186
 2187
 2188
 2189
 2190
 2191
 2192
 2193
 2194
 2195
 2196
 2197
 2198
 2199
 2200
 2201
 2202
 2203
 2204
 2205
 2206
 2207
 2208
 2209
 2210
 2211
 2212
 2213
 2214
 2215
 2216
 2217
 2218
 2219
 2220
 2221
 2222
 2223
 2224
 2225
 2226
 2227
 2228
 2229
 2230
 2231
 2232
 2233
 2234
 2235
 2236
 2237
 2238
 2239
 2240
 2241
 2242
 2243
 2244
 2245
 2246
 2247
 2248
 2249
 2250
 2251
 2252
 2253
 2254
 2255
 2256
 2257
 2258
 2259
 2260
 2261
 2262
 2263
 2264
 2265
 2266
 2267
 2268
 2269
 2270
 2271
 2272
 2273
 2274
 2275
 2276
 2277
 2278
 2279
 2280
 2281
 2282
 2283
 2284
 2285
 2286
 2287
 2288
 2289
 2290
 2291
 2292
 2293
 2294
 2295
 2296
 2297
 2298
 2299
 2300
 2301
 2302
 2303
 2304
 2305
 2306
 2307
 2308
 2309
 2310
 2311
 2312
 2313
 2314
 2315
 2316
 2317
 2318
 2319
 2320
 2321
 2322
 2323
 2324
 2325
 2326
 2327
 2328
 2329
 2330
 2331
 2332
 2333
 2334
 2335
 2336
 2337
 2338
 2339
 2340
 2341
 2342
 2343
 2344
 2345
 2346
 2347
 2348
 2349
 2350
 2351
 2352
 2353
 2354
 2355
 2356
 2357
 2358
 2359
 2360
 2361
 2362
 2363
 2364
 2365
 2366
 2367
 2368
 2369
 2370
 2371
 2372
 2373
 2374
 2375
 2376
 2377
 2378
 2379
 2380
 2381
 2382
 2383
 2384
 2385
 2386
 2387
 2388
 2389
 2390
 2391
 2392
 2393
 2394
 2395
 2396
 2397
 2

Perpetrator: 365698

Religiao

CNS-24396063-01007

55

Enzo RE

Produção AGRICULTOR

4263 蘇丹紅 500g

JOURNAL OF CLIMATE

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

CC-0 Public Domain

Expenditure

5

D & P Electric

Week _____

ପ୍ରକାଶ

552







TRIBUNAL DE JUSTIÇA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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 CLÍNICA DA MULHER)

END: RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA / PROXIMO PRACA GENTIL MARIA

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

CS Digitalizado com CamScanner

NOME: Paulo Rodolfo de Oliveira

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de fratura (crânio) 2.2 CID-10 S72.1, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 16.10.20. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 29.10.20



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	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	10 - Raça/Cor 1	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) SÍTIO 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 MTD após trauma			
21 - Condições que justificam a internação EF+ Rx			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) Rx			
23 - Diagnóstico inicial Fratura	24 - CID 10 Principais S72.1	25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Causas associadas 04.08.05.053-2

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento hospitalar				28 - Código do procedimento 04.08.06.046-8
29 - Clínica Ortopedia	30 - Caráter de internação	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante	
33 - Nome do Profissional Solicitante Dra. Monica	34 - Data da solicitação 13.10.2020	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES E DOENÇAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	41 - Data do Bilhete	40 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	PREFEITURA DE BEZERROS Secretaria Municipal de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 262010534661-7
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

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

Recepç.: 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: SÍTIO SALVADOR,

C.P.F. 15750834425

Bairro: ZONA RURAL PE

CEP:

Identidade: 10460807

SDS PE

IBGE/Cidade: 2816183 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:

Do e dependente de coluna após trauma

H.D.A.:

Transtorno

Exame Físico:

Dependência de coluna de novo

Tratamento:

Tratamento Hospitalar

Conferido Com Documento
Origina Bezerras
Hospital Jesus Pequeno

13/10/2020

13/10/2020

13/10/2020

13/10/2020

13/10/2020

13/10/2020

13/10/2020

Recife, 13 de outubro de 2020

Paciente Necessita de Acompanhante
+ Admissão de Saída
Acompanhante

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

365 654

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

2 1 0 3 0 6 0 8 9 1 0 0 0 0 1

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/08/1990

9 - SEXO

Masc

10 - RACIA

11 - Fsm

3

12 - TELEFONE DE CONTATO

81971731131215

11 - NOME DA MÃE

Sueli Leina Rodrigues

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Sueli Leina Rodrigues

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Salvador

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru - PE

17 - CID, ICD, ICD-10, ICD-9

18 - UF

PE

19 - CEP

53010-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença crônica com sintomas
de início agudo

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença crônica

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença crônica

24 - CID 10 PRINCIPAL

Doença crônica

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

Doença crônica

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Doença crônica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Doença crônica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Doença crônica

29 - CLÍNICA

Doença crônica

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Doença crônica

31 - DOCUMENTO

Doença crônica

32 - Nº DO DOCUMENTO

Doença crônica

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Doença crônica

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Doença crônica

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

Doença crônica

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

Doença crônica

40 - Nº DO BILHETE

Doença crônica

41 - SÉRIE

Doença crônica

42 - CNPJ EMPRESA

Doença crônica

43 - CNPJ DA EMPRESA

Doença crônica

44 - CBO

Doença crônica

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Doença crônica

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Doença crônica

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

Doença crônica

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Doença crônica

49 - DOCUMENTO

Doença crônica

50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Doença crônica

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Doença crônica

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Doença crônica

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-01

Enfermaria: CLÍNICA MÉDICA

Atendimento: 589524 Data: 13/10/2020 Hora: 9:21
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DRA. MONICA RUFINO ALVES MATIAS

Recepo.: 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: SÍTIO SALVADOR,
Bairro: ZONA RURAL PE CEP:
IBGE/Cidade: 2616183 VERTENTE DO LERIO UF: PE
Pai: ANTONIO SANTOS DE OLIVEIRA
Mãe: SUELI LIMA RODRIGUES
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 15750834425
Identidade: 10460607 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 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 13/10/2020

Médico:

Carla M. C. da
Médica
CRM-PE 20531

Assinatura / CRM

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Observação

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Contendo Com Documento
Original Bezerros de
Hospital Jesus Pequeno
13/10/2020
Carla M. C. da
Médica
CRM-PE 20531



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 15/06/2023 16:42:43

Número do documento: 23061516423488100000132699619

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061516423488100000132699619>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/06/2023 16:42:35



Hospital Jesu's
JESU'S PEQUENO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA		NUMERO DO REGISTRO 133254
CLINICA ORTOPEDICA		
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
CRM-PE 3.764

Conferido Com Documentação
Original Bezerras PE
Hospital Jesus Pequeno
29/05/2021

Ana Amorim
Assistente Social
CRESE/PE nº 0.471

Anestesia: Raguediana

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

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

Operador: Dr. Ronaldo Assist.: _____ Anestesiata: Dr. Ronaldo

Diag. Prop.: Malária de 1º grau Diag. Posop.: 0

Op. Proposta: TFO amigdalotomia Op. Realizada: 0

Premedicação: MDZ 2x Hora: 16:50 Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
SEM 10/10/23

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO													
16:50 17:50													
15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30													
AGENTES	Nº	02											
	02	MARCA DOSS											
Líquidos Venenosos		SF SF											
PA	°C	240											
V	36	220											
PULSO	36	208											
	34	188											
AMAS	32	168											
x													
GP	30	148											
O													
TEMP		128											
A		108											
ASPIR.		80											
A		60											
RESP		40											
O		20											
	Examinar												
	Assist.												
	Contro.												
ECC SIMBOLOS RSR RSR RSR													
Sai 02													

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A) Naloxona 1mg	1mg	Por via oral	Conferido Com Documento Original Bezerros PE 16/06/2023 Hospital Jesus Pequeno Alcides d'Andrade Assistente Social CRESS/PE Nº 4471
B) Omeprazol 80mg	80mg	Por via oral	
C) Paracetamol 500mg	500mg	Por via oral	
D) Diclofenaco 75mg	75mg	Por via oral	
E) Nausectico 4mg	4mg	Por via oral	
F) Depressor 2mg	2mg	Por via oral	
G) Talidomida 400mg	400mg	Por via oral	
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASOGASTRO FARINGEA NASOGASTROTRACHEAL - CEGA SAL - TAMPA - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		Tempo de Anestesia	
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:	PERDA SANGÜINEA:



HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 661098

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Patric Rodriguez de Oliveira Registro Nº. 133254
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 16/10/2020
Cirurgia: Erat. Fimur "D" Cirurgião: Dr. Longido
Anestesia: Raque Anestesista: Dr. Lucila
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nevasadron	05 amp
Água Destilada	01 amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nipride	
Cedilanide		Omeprazol	
Ceftriaxona		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelcidin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Ranitidina	
Decadron	01 amp	Revivan	
Diazepam		Ringer cl Lactato	
Dipirona	02 amp	Rocefin 1g	
Dimorf 0.1	01 amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormenid		Soro Fisiológico 500ml	04 unid
Ortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Stryptanon	
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		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 amp	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		MATERIAIS	
Marcafina c/a		Aguilha desc. 25x7/40x12/0.45x13	03 unid
Marcafina s/a		Aguilha de Plexo	
Marcafina Pesada	01 amp	Aguilha Raqui 2.5	01 unid
Methergin		Algodão Hidrófilo	

Conteúdo Com Desempenho
Original: Bateria de ECG
Hospital Jesus Pequenininho
Fórmula: 1000mg
Assistência Social
CRESS/RE N° 4.471



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		Propelane	
Comp. Cirúrgica	04 Pac.	PDS	
Dreno de Sução		Seda	
Dreno Penrose		Vicryl 0	01 unid
Dreno Tórax		LÍQUIDOS	
Eletrodos	05 unid	Água Oxigenada	100 ml
Equipo Macrogotas		Alcool 70%	100 ml
Escova de Degermação	04 unid	Glutaraldeído	50 ml
Esparrapado	TX	Éter	
Esparrapado Micropore		Formol	100 ml
Gaze 7x5x7,5	04 unid	Clorexidina Degermante	
Neocaina Pesada		TAXAS	
Neocaina Isobárica		Oxímetro de Pulso	TX
Infusor p/ injeções Parenterai 2 via		Aspirador	
Intracath		Risturi Elétrico	TX
Jelco		Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 21	02 unid		
Látex 204		OXIGÊNIO	
Luva Estéril 7,0 8,0 9,0	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 n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda 3v n°			
Transfix			
Pulseiras de RN			
Toucas	06 unid		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp c/a			
CatGut Crom s/a			



HOSPITAL DE REFERÊNCIA
SAO PAULO - SP

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 CLÍNICA DA MULHER)

END: RUA ALCIDES DE ANDRADE LIMA / PROXIMO PRAÇA CENTENARIA

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

Digitizado com CamScanner

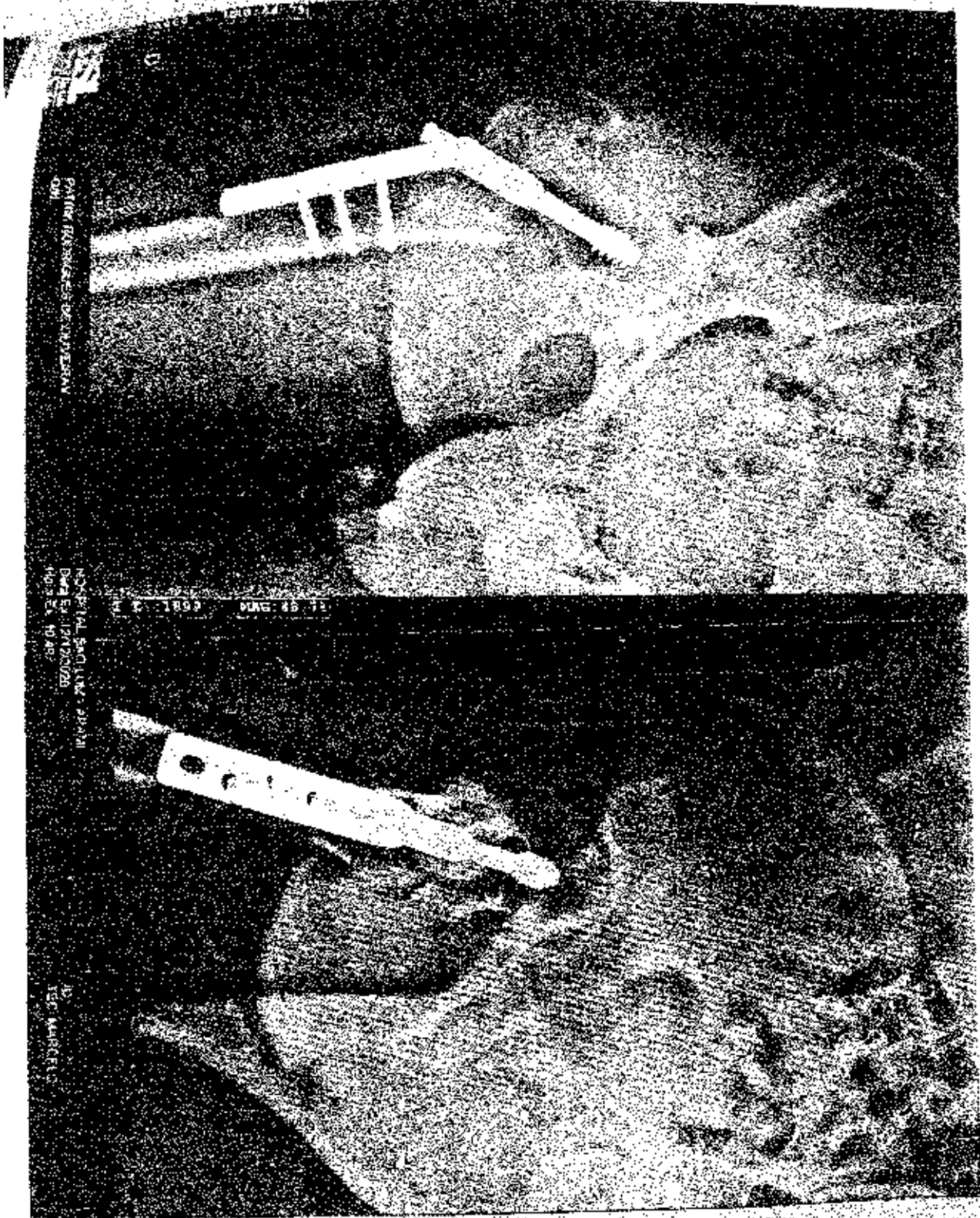


Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 15/06/2023 16:42:43

Número do documento: 23061516423488100000132699619

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23061516423488100000132699619>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/06/2023 16:42:35







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
157.508.344-25

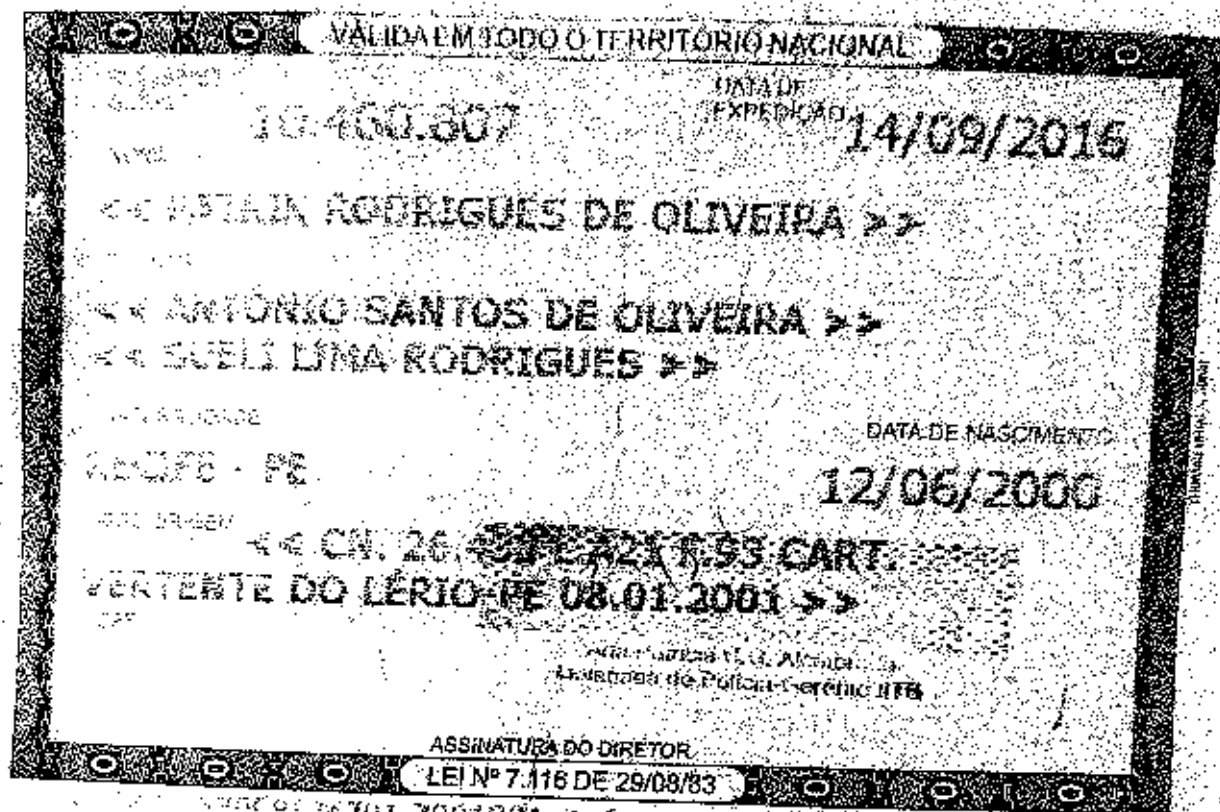
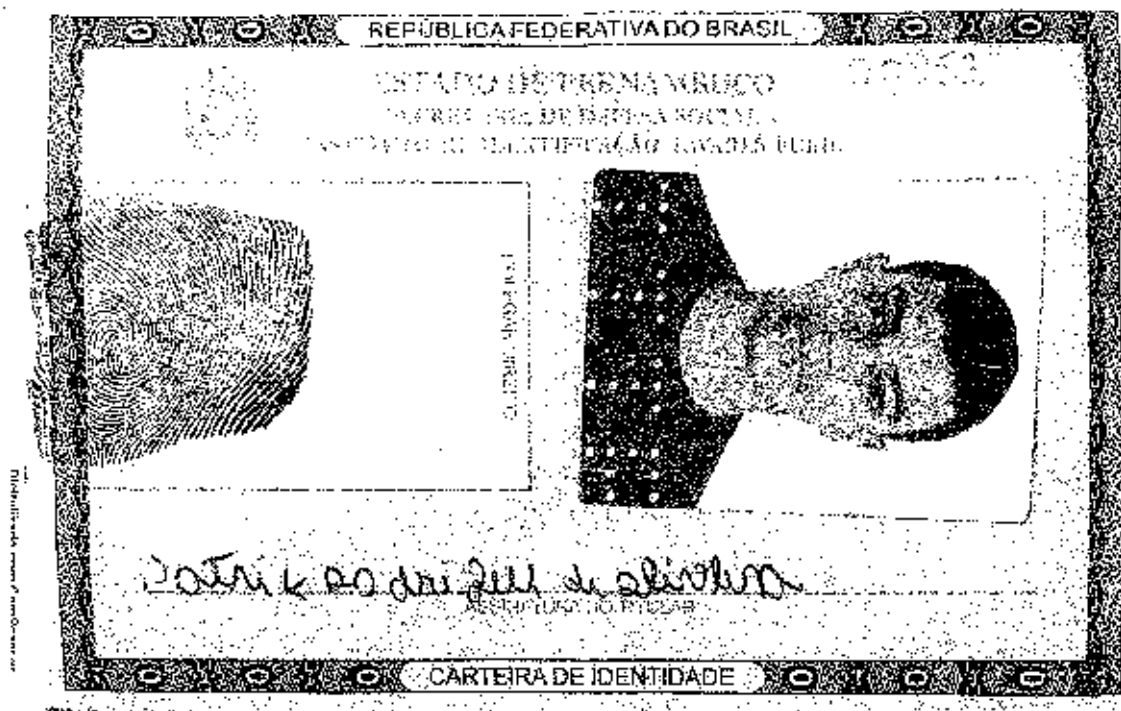
Nome
PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento
12/06/2000

Digitizado por ComBeater

Imagem gerada por ComBeater





Digitizado com CamScanner



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

JOAO DE
01073530220

22/11/2014

SECRETARIA DE HABITACAO E URBANISMO

ALUGUELO

RUA ANTONIO DA SILVA
SITIO CARRETERAS S/N
CASA ZONA RURAL
VILA DO LARIZ-ET 33750-000

102/1321405-01

WASILEIA GARCIA LOPES DA SILVA

CPF: 043.111.111-11

POSSUIR

PAS PROTECAO DE AGUA

HOMENAGEM

22/11/2014

Digitalizado com CamScanner

Digitized with CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008781/21

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 157.508.344-25

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 11/10/2020

Titular do CPF: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 11/01/2021
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2021
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



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: 4020-1506 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 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: 3210009359

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

Nome do beneficiário: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 157.508.344

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 25

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (81) 99665-0454 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: cecilia@liderseg.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDA DA NEGATIVA

☒ DISCORDA DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

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

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IME

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☒ Outros: DDC IMAGEM (DESCREVER)

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

Solicito reanálise do meu processo pois após falhar em minha perna (fêmur) fiz cirurgia, todos tratamentos médicos e mesmo assim me encontro com sequelas graves, não fui submetido a paciência e fui liberado um valor muito inferior ao qual eu tenho direito. Verifique a minha sequência pois até o momento estou sem exercer minhas atividades.

Guarabira 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/última não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a não 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 MÂNOEL 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 Jan DE 2020

Patrik Rodrigues de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008781/21

Número do Sinistro: 3210009359

Vítima: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 157.508.344-25

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 11/10/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PATRIK RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2021

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

