
Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190630967

Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190630967

Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDEILSON MARQUES 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 dos ombros

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: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 000010030875-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 509327804-15 4 - Nome completo da vítima: Jose Edilson Marques 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: Jose Edilson Marques de Oliveira 6 - CPF: 509327804-15
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Boa Vista 9 - Número: 5/Nº 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Ipa - grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55638-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81991349621

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: 4771 X CONTA: 30875 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, 30.10.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

559130
0394223/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000834**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/10/2019** às **12:19**

Complementa o BO Número: **19E0157000820**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/7/2019** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO PALMEIRAS, 1 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR \ AGENTE)
ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA (OUTRO)
JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Jozadaque S. O. Neto
Agente de Polícia
Mat. 272.882-6

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA**

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

ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 19/9/1966
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **SITIO BOA VISTA, 1 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

O ESTADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6676 (PERNAMBUCO/RIBEIRAO)** Chassi: **9C2KD0810KR119928**

Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA PRESENTE A ESTA DP, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTO ,QUANDO PASSANDO NO CITADO LOCAL ESCORREGOU NA LAMA E VEIO A CAIR, NO DIA ESTAVA CHOVENDO, O QUAL VEIO A SER OPERADO NO OMBRO.

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

JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOZADAQUE SANTOS OLIVEIRA NETO - Matrícula: 272.882.6

Jozadaque S.O. Neto
Membro da Polícia
Matrícula 272.882-6





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000820**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/10/2019** às **18:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **30/7/2019** às **16:00**

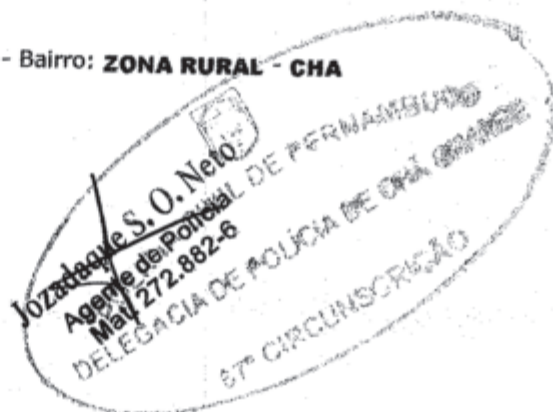
Fato ocorrido no endereço: **SITIO PALMEIRAS, 01 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR \ AGENTE)
ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA (OUTRO)
JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA**



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

ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO Pai: JOSÉ CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 19/9/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: SITIO BOA VISTA, 01 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO /BRASIL

O ESTADO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ERALDO ALEXANDRE SANTOS MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCV6676** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Chassi: **9C2KD0810KR119928**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA PRESENTE A ESTA DP, QUE ESTAVA ~~PERCENDO~~ NO CITADO LOCAL, ESCORREGOU NA LAMA, NO DIA ESTAVA CHOVENDO, VAI A SER OPERADO NO OMBRO.

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

JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOZADAC DE SANTOS OLIVEIRA NETO** Matrícula: **272.882.6**

Jozadouro S. O. Neto
 Agente de Polícia
 Mat. 21.882-6
 POLICIA CIVIL DE CHAMBURO
 DELEGACIA DE POLICIA DE CHAMBURO
 67ª CIRCUNSCRIÇÃO

Inferno o vítima presente a este DP. que ~~co~~ ^{local citado,} estava conduzindo a referida moto quando esbarrou na lama e veio a cair no solo pois no dia estava chovendo no qual o mesmo foi operado no ombro.

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: 509327804-15 4 - Nome completo da vítima: Jose Edilson Marques 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: Jose Edilson Marques de Oliveira 6 - CPF: 509327804-15
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Boa Vista 9 - Número: 5/Nº 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Ipa - grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55638-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81991349621

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: 4771 X CONTA: 30875 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Quarta - PE, 30.10.19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 30/07/2019 17:23
Atendimento N.: 21.572

ID PAC PAC_574418 18.791		Cartão SUS: 708600591204686		Nome do Paciente: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA	
Dt. Nascimento: 19/09/1966	Idade: 52 anos	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: BRANCO	Tel. Contato: () -	Tel. Contato: () -
Nome do Pais: CLARICE JOSEFA DA SILVA JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA			Observações 0 Dependente de Juro		
Endereço: SÍTIO BOA VISTA zona rural CHÃ GRANDE					

ANTROPOMETRIA
PESO: _____ Kg ALTURA: _____ m MASSA: _____

SINAIS VITAIS / GLICEMIA
P.A.: 140x80 mmHg TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA: _____ mg/dl
FREQ.CARD.: _____ bpm SAT. O2.: _____ %
FREQ.RESP.: _____ mpm ☐ Jejum ☐ Pós-Prandial
HGT: 110

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
ALERGIAS? ☐ QUAIS? _____

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:
c/ reduzir no momento 16:30

EXAMES FÍSICOS

DIAGNOSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO
Dietas 01 e 2
De 01 a 02

Data do Atendimento: ____/____/____ **Hora:** ____:____

Médico / CRM / Carimbo



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 30/07/2019

17:23

Atendimento N.: 21.572

ID PAC PAC_574418 18.791		Cartão SUS: 708600591204686		Nome do Paciente: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA	
Dt. Nascimento: 19/09/1966	Idade: 52 anos	Sexo: MASCULINO	Raça/Cor: BRANCO	Tel. Contato: () -	Tel. Contato: () -
Nome do Pais: CLARICE JOSEFA DA SILVA JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA			Observações 0 Pendente de Exo		
Endereço: SÍTIO BOA VISTA			zona rural CHÃ GRANDE		

ANTROPOMETRIA					
PESO:	Kg	ALTURA:	m	MASSA:	
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.: 140x80	mmHg	TEMPERATURA:	°C	GLICEMIA:	mg/dl
FREQ.CARD.:	bpm	SAT. O2.:	%	☐ Jejum	☐ Pós-Prandial
FREQ.RESP.:	mpm	INFORMAÇÕES ADICIONAIS			
ALERGIAS? ☐ QUAIS?		HGT: 110			

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

c/ reduzir no momento. Retenção de urina - aumento de volume D. h. ± 16:30

EXAMES FÍSICOS

DIAGNOSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Dietas - 01 e 2
De 01 e 2

Apoio e fígado

Data do Atendimento: / / Hora: :

Dr. Rafael C. S.
Médico
CRM-PE 17.41

Médico / CRM / Carimbo

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010030875-9

Nr. da Autenticação DE57761ECED9FCF1

26/04/02

As condições de trabalho
nos municípios do AM
são ruins, e a falta de
serviço de saúde e de
educação são problemas
que afetam a população.

Central de Atendimento BB
0800 729 0088
Deficientes Auditivos ou Fala
0800 729 5678
(mediante protocolo no SAC)
Atendimento aos clientes do CENTRO
PROX AO HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA

4004 0001 e 0800 729 0001
e outras operadoras
cartões, transferências, extratos,
e outras operadoras

Papel termossensível
fabricante, 6 de 7
solventes e pro
calor e umidade

10436, de 26/04/02
ETRICA

CPF 022.323.424-82

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADE

CENTRO/GRAVATA
GRAVATA PE
55840-000

CONTA 4009371198
DATA DE VENCIMENTO
15/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
38,75

DATA DE EMISSÃO
09/2019
DATA DE VENCIMENTO
23/10/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
39,00000000	0,77962320	29,82
		2,16
		8,17
		0,21
		0,47
		0,10
		0,03

Consumo Ativo (4Vh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contrib. Ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 070746078-23/07/18
Multa por atraso-NF 070746078-23/07/18
Juros por atraso-NF 070746078-23/07/18
Atualização ICPM-NF 070746078-23/07/18

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
31812121	CA	4.444,00	4.482,00	29	1,0000		38,00

INFORMAÇÕES DE AJUSTE

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	7,34
PIS	0,01	0,28
COPINS	5,72	1,18
Total		8,80

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Transmissão	1,10	2,85%
Distribuição (Cabo)	6,67	20,00%
Perdas de Energia	2,50	6,51%
Energia Solar	1,57	4,04%
Tributos	6,27	16,44%
Total	21,77	100%

IMPORTE TOTAL

2021-08-17 10:56:17 1720 1002 2501 1242 534

2021-08-17 10:56:17 1720 1002 2501 1242 534

2021-08-17 10:56:17 1720 1002 2501 1242 534

ANEXO 1 - TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMO	VALOR ANUAL	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE DIÁRIO
0,00	4,00	11,10	22,21	
0,00	2,00	6,72	13,44	
0,00	3,00	9,00	18,00	

UNIDADE DE CONSUMO: 12,22

EURO: Valor do Encargo de Utilização do Sistema de Distribuição - R\$ 11,33

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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**.

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.

Exposto, eu Simone Helena B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edilson Marques de Oliveira inscrito no CPF sob o Nº 509327804 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jose Edilson M. de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 509327804 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar _____

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

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

Rua <u>15 de novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>	
Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>81991349621</u>	

Gravata, 29 de outubro de 2019
Local e Data

Simone Helena B. Ferreira
Assinatura do Declarante



Processo:	GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO	REVISÃO
		F.AT.SAM.01	00



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 OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

1093084

708600591204686

19/09/1966

9- SEXO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

12- TELEFONE DE CONTATO

MASCULINO

CLARICE JOSE DA CONCEICAO

81. 91012098 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

AVENIDA SAO JOSE, N.º - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA GRANDE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E INSTABILIDADE EM OMBRO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TOGRAFIA

EXAME CIRÚRGICO

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

RX: FRATURA da glenóide

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DA OMOPLATA [ESCAPULA] - S421

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO

ORTOPEDIA E

URGENCIA E EMERGENCIA

TRAUMATOLOGIA

29 - CPF OU CNS / 30 - NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.17475

04041406455

13/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
13/08/19

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

44 - COD ORGÃO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Jr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 17.475 - RBO 12.721

HIMJ clonias.

Senha 608767.

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 235336

Nascimento: 19/09/1966

Responsável:

Prontuário: 773171

Sexo: Masculino

Nome: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Data e Hora do Atendimento: 14/08/19 13:49:05

Idade: 52 Anos, 10 Meses e 26 dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 50932780415

Identidade: 3139664

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 708600591204686

Nome da Mãe: CLARICE JOSEFA DA CONCEICAO

Nome do Pai: JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA

Endereço: SITIO BOA VISTA, ZONA RURAL, CEP: 55636000, Nº 1, CHA GRANDE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: S421

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE COM FX DE OMOPLATA COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO HA 15 DIAS . PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF .

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB , EUPNEICO , AFEбриUL , CORADO , HIDRATADO , CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2 T COM BNF

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM R A

ABDOMEN:

NDN

P - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FX DE OMOPLATA DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Alves Araújo
Médico
CRM: 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hnjpe.org

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Prontuário: 773171

Atendimento: 235336

Unidade de Internação / Leito: ENF 17 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 52 Anos, 11 Meses e 3 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S421 - FRATURA DA OMOPLATA [ESCÁPULA]

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DA GLENÓIDE (040801016-9) + OSTEOTOMIA (040806019-0) + REPARO DE MANGUITO ROTADOR (040801014-2)

Data: 22/08/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISAO DELTO PEITORAL DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
BURSECTOMIA
ABERTURA EM "L" DE TENDÃO SUBESCAPULAR
ABERTURA EM "T" DE CÁPSULA ARTICULAR
NEURÓLISE DE NERVO AXILAR
ABORDAGEM DE SUPERFÍCIE DA GLENÓIDE APÓS AFASTAMENTO DE UMERÓ COM FUKUDA
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA CRUENTIZAÇÃO GLENÓIDE
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS COMPRESSIVOS (HERBERT)
SUTURA DE CÁPSULA E REPARO DE MANGUITO ROTADOR (SUBESCAPULAR)
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cl. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.658 / TEOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

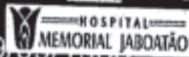
CRM: 16658

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA,

Sex: Masc.

Data de nascimento: 19/09/1966

ID: 773171....



Data de aquis.: 05/09/2019

Hora de aquis.: 07:17:15

Índice de exp.: 1104

Dir.

11cm

OMBRO

AP

W: 4095, L: 2048

ID de técnico: admin

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA,

Sex: Masc.

Data de nascimento: 19/09/1966

ID: 773171....

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

Data de aquis.: 05/09/2019

Hora de aquis.: 07:19:53

Índice de exp.: 1307

Dir.

11cm

OMBRO

LATERAL

W: 4095, L: 2048

ID de técnico: admin

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala: 0.0

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Prontuário: 773171

Atendimento: 235336

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE GLENOIDE

CID: S42.1

Procedimento Solicitado: 0408010169 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408010169 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO COLO E CAVIDADE GLENOIDE DE ESCAPULA

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: HUGO SOARES FERNANDES

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Rh

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE GLENOIDE DIREITA, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S42.1 - FRATURA DA OMOPLATA [ESCÁPULA]

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 14/08/2019

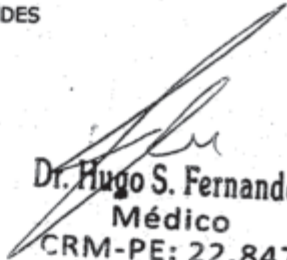
Data da Alta: 23/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22847


Dr. Hugo S. Fernandes
Médico
CRM-PE: 22.847

1304875294

Exerce Ativ Remunerada
MOTOTAXISTA

Jose Edilson Marques de Oliveira
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: GRAVATA - PE DATA EMISSÃO: 22/11/2016

Charles Anderson Sousa Ribeiro
ASSINATURA DO EMISSOR

44413391524
PE075839113

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE: CPF: 3139666-8 DBR: PE

CPF: 309.327.804-15 DATA NASCIMENTO: 19/09/1966

FILIAÇÃO: JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA
CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO

CORREÇÃO: []

PERMISSÃO: []

VALIDADE: 02/02/2016

VALIDADE: 10/11/2016

VALIDADE: 26/01/2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3.139.664 DATA DE EXPEDIÇÃO: 19/04/2016

NOME: << JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA >>

FILIAÇÃO: << JOSÉ CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA >>
<< CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE: CHA GRANDE - PE DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1966

DOC. ORIGEM: << 074302 02 55 1992 3 00002 186
0000970 10 CHA GRANDE-PE >>

509.327.804-15

Charles Anderson Sousa Ribeiro
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 09R26
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUFINO

Jose Edilson Marques de Oliveira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

09-R50

Iracema Tracema Laurentino Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOBRE 8.531.727

DATA DE EXPIRAÇÃO 28/04/2014

PLACA << JÉSSICA TRACEMA LAURENTINO FERREIRA >>

<< JOSEVALDO JOSÉ LAURENTINO >>

<< IRACEMA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE GRAVATÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO 01/04/1991

DOC. GERAL 0002949 28 GRAVATÁ-PE >>

CPF 093.907.724-86

LEI Nº 7.160 DE 29/08/2006

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394223/19

Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

CPF: 509.327.804-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: JOSE EDEILSON
MARQUES DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA : 509.327.804-15

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: 11/11/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190630967 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMOPLATA DIREITA. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P1,3,4,6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO 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 OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190630967 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMOPLATA DIREITA. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P1,3,4,6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO 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 OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: José Edilson Marques de Oliveira sob CPF: 509327804-15
portador da cédula de RG: 3139664 residente e domiciliado
Sl. Boa Vista - Santa Luzia - Cha Grande - PE.

Outorgado Jéssica Iracema Laurentino Ferreira inscrito no CPF sob nº: 093.907.724-86 portador da cédula de RG: 8531727 SDS-PE residente e domiciliado residente na R. 15 de novembro 255 a centro Gravata-pe.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima

José Edilson Marques de Oliveira

Cha Grande, 22 de outubro de 2019.



José Edilson Marques de Oliveira

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de JOSÉ
EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA que confere c/ o
padrão reg. nesta serventia. Das 16

Luana Abreu Pillon (Oficial)

Chã Grande, 22 de outubro de 2019. Em test.
da verdade.

Válido somente com o selo 0074302.MVO1020:903.00291
Emol.: R\$ 3,50 TSUR R\$ 0,70 FERC R\$ 0,30 Total R\$ 4,76



Testemunha

testemunha

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394223/19

Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

CPF: 509.327.804-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2019

Titular do CPF: JOSE EDEILSON
MARQUES DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA : 509.327.804-15

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: 11/11/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA