



Número: **0009890-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68692794	28/09/2020 17:42	2740771_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00098902820208172001

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 **JOSE EDEILSON MARQUES 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 24 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0009890-28.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68692805	28/09/2020 17:42	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 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

Carta nº 15091558

Pag. 0131501318 - carta_01 - INVALIDEZ

00020650





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de 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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

509327804-15

Rosa Edelson 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Rosa Edelson Marques de Oliveira

509327804-15

agricultor

Sítio Boa Vista

5/A

Santa Luzia

Era Grande

PE

53636-000

89999349621

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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1991 X CONTA: 30875 7

AGÊNCIA: CONTA:

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 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 (a) nascido? ☐ 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 rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data, 30.10.19 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



559130
0394223/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ 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 (VÍTIMA)

Jozadany S. O. Neto
Agente de Polícia
Mat. 272.882-8

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 ESDO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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



14/10/2019 12:04



Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019

Complemento / Observação

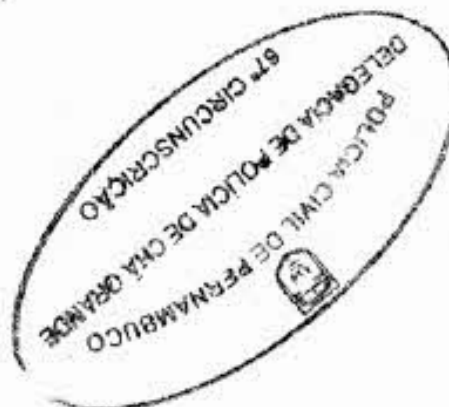
INFORMA A VITIMA PRESENTE A ESTA DP, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTO ,QUANDO PASSANDO NO CITADO LOCAL ESCORREGOU NA LAMA E VEIO A CAIR, NO DIA ESTAVA CHOVENDO, O QUAL VEIO A SER OPERADO NO OMBRO.

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
Polícia de Polícia
Matrícula 272.882.6





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA 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: **SÍTIO 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: 19/9/1968 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: SÍTIO 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: **PCV5676** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Chassi: **9C2KD0810KR119928**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019**



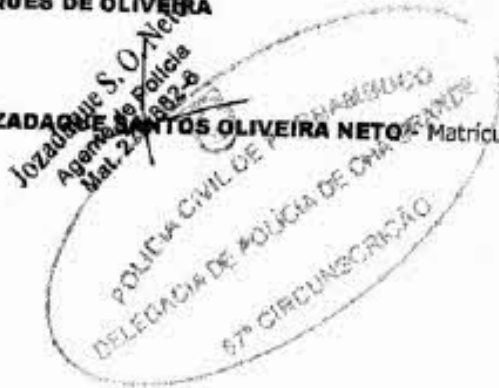
Complemento / Observação

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

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

JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

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



Informo a vítima presente a esta DP, que se ~~estava~~ estava conduzindo a referida moto ~~local~~ quando escorregou na lama e veio a cair no solo pois no dia estava chovendo no qual o mesmo foi operado no ombro.

07/10/2019 17:49



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

509327804-15

Rosa Edelson 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Rosa Edelson Marques de Oliveira

509327804-15

agricultor

Sítio Boa Vista

5/A

Santa Luzia

Era Grande

PE

55636-000

89999349621

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 POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1991 X CONTA: 30875 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ho 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 (a) nascido? ☐ 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 rgo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data, Quarta - PE 30.10.19

Rosa Edelson Marques de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: pendente de peso		
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.: _____ rpm HGT: 110

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

afetado no sistema urinário há 16 dias

EXAMES FÍSICOS

DIAGNOSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Dietoterapia - 1400 kcal
Prescrição - 1400 kcal

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

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE





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: Dependente de outro		
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.: _____ rpm HGT: 110

ALERGIAS? ☐ QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

afetado no sistema urinário há 16 dias

EXAMES FÍSICOS

DIAGNOSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Dietas e medicamentos
Aposarado de 16 dias

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

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE



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



Que o fribolito a receber em troca de produtos, para ser usado em qualquer finalidade, desde que o fribolito não seja usado para fins de especulação, sendo o fribolito emitido em nome do friboliteiro, com o valor de 100,00 (cem reais) e o prazo de validade de 12 (doze) meses, a contar da data de emissão.

DADOS DO CLIENTE
 JOSE CARMELO MARQUES DE OLIVEIRA
 PROX. A FAZENDA BELA VISTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 SI BOA VISTA 8801

CPF: 809.806.204-44

RURAL/SANTA LUZIA
 CHA GRANDE FE
 55036-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
17/06/2020	15/09/2020	117,70
10/09/2019	20/12/2019	8,37
		20,31
		1,65

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
24/06/2016	09/09/2016	147,63
23/09/2016	17/10/2016	

Consumo Água (LITROS)
 Consumo Resíduo Sólido (KG)
 Consumo Água (LITROS)
 Consumo Resíduo Sólido (KG)

CONSUMO	VALOR
101,000000	0,77852309
	117,70
	8,37
	20,31
	1,65

TOTAL DA FATURA

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR
101,000000	0,77852309		117,70
8,37			8,37
20,31			20,31
1,65			1,65

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR
101,000000	0,77852309		117,70
8,37			8,37
20,31			20,31
1,65			1,65

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR
101,000000	0,77852309		117,70
8,37			8,37
20,31			20,31
1,65			1,65

Pagar integralmente até o dia 15/09/2020, sob pena de incidência de multa de 0,1% (um por cento) sobre o valor devido, acrescida de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da data de vencimento. O valor devido é de R\$ 147,63 (cento e quarenta e sete reais e sessenta e três centavos). O valor devido é de R\$ 147,63 (cento e quarenta e sete reais e sessenta e três centavos). O valor devido é de R\$ 147,63 (cento e quarenta e sete reais e sessenta e três centavos).

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:42:08
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817420880900000067368707
 Número do documento: 20092817420880900000067368707

Central de Atendimento BB
Soluções, pagamentos, recursos
e outras operações
4004 0001 = 0800 728 0000

Defensores Auxiliares de Fala
(800 728 5878)
(Instituição credenciada no SADI)

Atendimento Hospitalar
PROX AD HOSPITAL BR 39 PAULO VENEZA

Central de Atendimento BB
Soluções, pagamentos, recursos
e outras operações
4004 0001 = 0800 728 0000

CLASSIFICAÇÃO
22 COMERCIAL
OUTROS SERVIÇOS DE OUTRAS ATIVIDADES

CENTRO ORIGINÁRIO
GRAVATA PE
5564-660

4009371198
15/10/2019
09/2019
23/10/2019

38.76

CONTABILIZAÇÃO

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
30,00000000	0,77923300	23,377
		2,35
		8,77
		0,21
		0,47
		0,10
		9,00

TOTAL DA FATURA 38,76

SISTEMA DE CONTABILIZAÇÃO

Nº DO	TIPO DA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Nº DO	TIPO DA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
1001	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1002	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1003	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1004	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1005	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1006	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1007	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1008	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1009	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1010	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10

SISTEMA DE CONTABILIZAÇÃO

Nº DO	TIPO DA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Nº DO	TIPO DA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
1001	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1002	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1003	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1004	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1005	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1006	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1007	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1008	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1009	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10
1010	10	10/10	10	10	10	10	10	10	10

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 0221205 (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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 nº 9.613/98.

lo exposto, eu Júlia Raema B. Pereira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724 / 86
qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Edilson Marques de Oliveira inscrito
no CPF sob o Nº 309327804 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura incalculável da vítima
João Edilson M. de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 309327804 / 15 conforme
emissão da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

aro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo,
ando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
diente 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>Quatro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>	
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>81991349621</u>	

Quatro 29 de outubro de 2019
Local e Data

Júlia Raema B. Pereira
Assinatura do Declarante





GESTÃO DE PESSOAS

F.AT.SAM.01

00

NOME: José Edilson Marques de Oliveira

REGISTRO: 773171 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1966

RG: 3.139.664 ORGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Sítio Boa vista município
Chã grande

NOME DA MÃE: Clarice Josefa da Conceição

DATA ADMISSÃO: 14/08/2019 DATA ALTA: 23/08/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 22 / 08 / 2019 CID: 542.1

DIAGNÓSTICO: Fratura da Amoplata [Escápula Direita] — " — " — "

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de Fratura da glenóide + Osteotomia + Reparo de manguito Rotador + Neuralise

MÉDICO: Oswaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE Setembro DE 2019.

DR. DEVALDO C. CAMBRA JÚN
Ortopedia / Traumatologia
Clt. Centro el CotoVELO
CRM-PR 16.658 / TEOT: 13351

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
B11: 3482.9888 • www.hmpe.com.br





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

117-37
Sena 608767

ORTOPEDIA

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 JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1093084	7- (CNES) 708600591204686	8- DATA DE NASCIMENTO 19/09/1966
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE CLARICE JOSE DA CONCEICAO	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 91012000	Celular: 81. 62
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 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 13/08/2019	
29- CNP DO CBO 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.17475		04041406455	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBO
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
<input type="radio"/> EMPREGADO	<input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO	<input type="radio"/> DESEMPREGADO
<input type="radio"/> APOSENTADO	<input type="radio"/> NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	46- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORGÃO EMISSOR	34- DATA DA AUTORIZAÇÃO 13/08/19	
45- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

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

HMS Santos

Sena 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:
Cônjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 708600591204686
Nome da Mãe: CLARICE JOSEFA DA CONCEICAO Nome do Pai: JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA
Endereço: SÍTIO 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 HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 15 DIAS. PACIENTE ENCAMINHADO DO HOF.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

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

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2 T COM BNF

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM R.A.

ABDOMEN:

NON

P - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

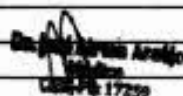
FX DE OMOPLATA DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:


Dr. José Ailton Alves de Araújo
CRM: 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hnrije.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) + OSTECTOMIA (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:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO DELTO PEITORAL DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
BURSECTOMIA
ABERTURA EM "L" DE TENDÃO SUBSCAPULAR
ABERTURA EM "T" DE CÁPSULA ARTICULAR
NEURÓLISE DE NERVO AXILAR
ABORDAGEM DE SUPERFÍCIE DA GLENÓIDE APÓS AFASTAMENTO DE UMBRO COM FUKUDA
OSTECTOMIA 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 (SUBSCAPULAR)
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

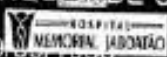
DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia, Traumatologia
Cl. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 18.658 / TEOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



Sex: Masc.
Data de nascimento: 19/09/1966
ID: 73171....



Data de aquis.: 05/09/2019
Hora de aquis.: 07:17:15
Índice de exp.: 1104

Dir.



OMBRO
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 19/09/1966
ID: 73171....

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES Escala: 0.0

Data de aquis.: 05/09/2019
Hora de aquis.: 07:19:53
Índice de exp.: 1307

Dir.



OMERO
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

HOSPITAL 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:

0415010012

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

0408010169 - OSTEOTOMIA + 0408010162 - Reparo manequete
rotador

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: NIRELLA 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 INTERCORRÊNCIAS

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

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Alta com retorno

Data de Internação: 14/08/2019

Data da Alta: 23/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

HUGO SOARES FERNANDES

CRM: 22847

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

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

TELEFONE: 3482-9688 - www.hmjpe.org



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS COLÔNIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TERRITÓRIOS CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE ESTILSON NOGUEIRA DE OLIVEIRA	END. RESIDENCIAL 312345678
	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1945
	DATA DE EMISSÃO 12/03/1945
	LOCAL DE EMISSÃO BRASIL
ASSINATURA 	ASSINATURA 

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SOCIEDADE DE DEFESA SOCIAL

09R26

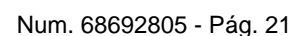
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAÇOS AFETIVOS

(Fotografia de Perfil)

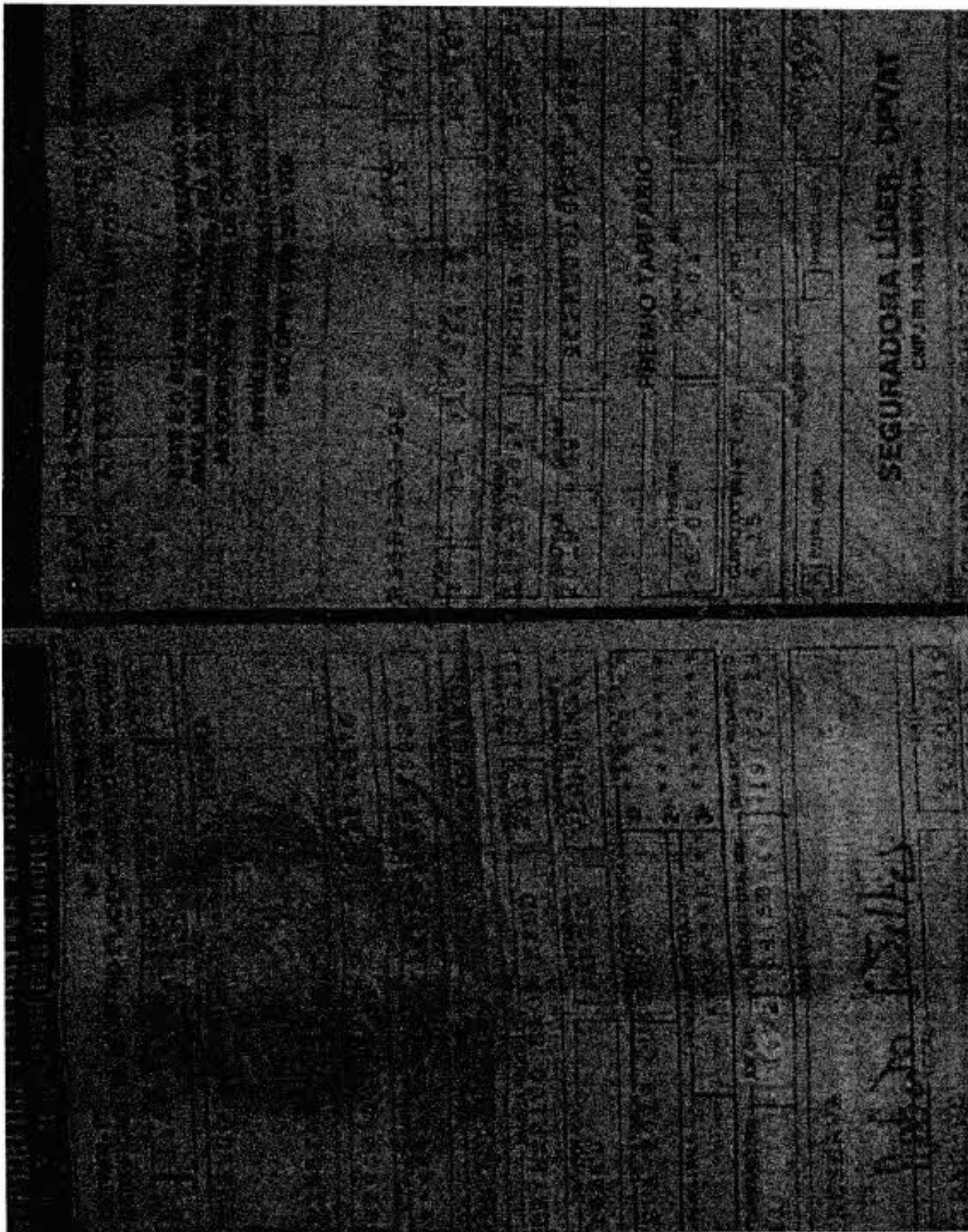
Gilberto Edilson Marques de Oliveira

REGISTRADA EM JULHO


CARTÃO DE IDENTIDADE







RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

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

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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



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: Jose Edilson Marques de Oliveira sob CPF: 509327804-15
portador da cédula de RG: 3139664 residente e domiciliado
SR. - Boa Vista - Santa Luzia - Boa 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 especificos para resolver todas as questões administrativas referente ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima
Jose Edilson Marques de Oliveira

 Boa Grande de outubro de 2019.

Jose Edilson Marques de Oliveira

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de JOSÉ
EDELSON MARQUES DE OLIVEIRA, ao conferir o
padrão reg. nesta secretaria.

Luana Abreu Filon (OAB/PE)
Boa Grande, 22 de outubro de 2019. Em test.
da verdade.
Válido somente com o selo 0076302/MVO1020/993.00293
Cust.: R\$ 1,50 Taxa R\$ 0,70 FISC R\$ 0,30 Total R\$ 2,50



Testemunha

testemunha



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394223/19
Vítima: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
CPF: 509.327.804-15
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Data do acidente: 30/07/2019
Titular do CPF: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
CPF de: Próprio

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

