



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
68692 794	28/09/2020 17:42	2740771_IMPUTUGNACAO_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.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 28/09/2020 17:42:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092817420873900000067368696>
Número do documento: 20092817420873900000067368696

Num. 68692794 - Pág. 1



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
68692 805	28/09/2020 17:42	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolarider.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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15091558

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 509 327 804-15 4 - Nome completo da vítima: José Edilson Marques de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: José Edilson Marques de Oliveira 6 - CPF: 509 327 804-15

7 - Profissão: auxiliar 8 - Endereço: Sítio Boa Vista 9 - Número: 51/A 10 - Complemento:

11 - Bairro: Santo Lúcio 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 491349621

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:

REUSO 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 (PMS, 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: 1221 CONTA: 30875 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (ho Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/evos vivos?

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiária não alfabetizada

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Recife - PE, 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
POLICIA 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 - Culposo (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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

*Jozadaju S. O. Neto
Agente de Polícia
Mat. 02.832-6*

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** Marca: **CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pelo: **JOSE 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(s) 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**

14/10/2019 12:04



Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019

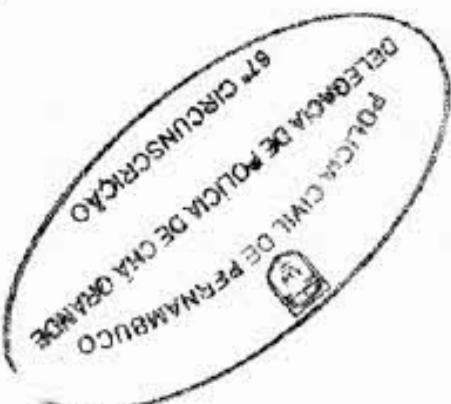
Complemento / Observação

**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: **JOZADAKE SANTOS OLIVEIRA NETO** - Matrícula: **272.882.6**



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

Num. 68692805 - Pág. 5



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0157000820**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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** M^a: **CLARICE JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **19/9/1968**
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: **PCV5676** (PERNAMBUCO/RIBEIRÃO) Chassi: **9G2KD0810KR119928**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019**



Complemento / Observação

*conduzindo
a referida
moto,
quando
aparado*

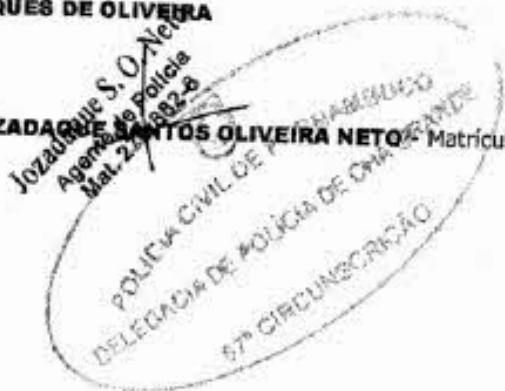
INFORMA A VITIMA PRESENTE A ESTA DP, QUE ESTAVA ~~PERCORRENDO~~ NO CITADO LOCAL, ESCORRREGOU NA LAMA, NO DIA ESTAVA CHOVENDO, VENDO A SER OPERADO NO OMBRO.

entrou em no solo por onde o mesmo veio

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

**JOSÉ EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JOZADAQUE S. O. Neto**
*Agente de Polícia
Mat. 272.882-6*



Informo a vitima presente a esto DP, que ao ~~estar~~ conduzindo a referida moto local ~~estava~~ quando escorregou na lama e veio a cair no solo por que dia estava chovendo no qual o mesmo foi operado no ombro.

07/10/2019 17:49





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

Atendimento em: 30/07/2019

17:21

Atendimento N.:

21.572

ID PAC PAC_574418	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: () -
Nome do País: CLARICE JOSEFA DA SILVA JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA			Observações: <i>Pendente de exame</i>	
Endereço: SITIO BOA VISTA	zona rural			CHÃ GRANDE
ANTROPOMETRIA				
PESO: 140	Kg	ALTURA: 180	m	MASSA:
SINAIS VITAIS / GLICEMIA				
P.A.: 140x80	mmHg	TEMPERATURA: 36.5	c	GLICEMIA: 100 mg/dl
FREQ.CARD.: 70	bpm	SAT. O2.: 98	%	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pós-Prandial
FREQ.RESP.: 16	ppm	HGT: 180		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS				
ALERGIAS? <input type="checkbox"/>	QUAIS?			
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>Febre alta - febre de 38,5</i>				

EXAMES FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

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

17:21

Atendimento N.:

21.572

ID PAC PAC_574418	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 País: CLARICE JOSEFA DA SILVA JOSE CARMELITO MARQUES DE OLIVEIRA			Observações: <i>Pendente de exame</i>		
Endereço: SITIO BOA VISTA	zona rural			CHÃ GRANDE	
PESO: 74,0	Kg	ALTURA: 1,80	m	MASSA: 70	ANTROPOMETRIA
SINAIS VITAIS / GLICEMIA					
P.A.: /40x80	mmHg	TEMPERATURA: 36,5	c	GLICEMIA: 100	mg/dl
FREQ.CARD.: 60	bpm	SAT. O2.: 98	%	<input type="checkbox"/> Jejum	<input type="checkbox"/> Pós-Prandial
FREQ.RESP.: 16	ppm	HGT: 180			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS					
ALERGIAS? <input type="checkbox"/> QUAIS?					
SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE: <i>Exaurem me mossa</i>					

EXAMES FÍSICOS

DIAGNÓSTICO

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

Data do Atendimento: _____ / _____ / _____

Hora: _____ : _____

Médico / CRM / Carimbo

Av. 20 de Dezembro - Chã Grande - PE



BANCO DO BRASIL

COMPROMISSO 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



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

Num. 68692805 - Pág. 11



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 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 falsa 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 nº 9.613/98.

Io exposito, eu Júnia Bacam B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907724, 86,
 qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edilson Marques de Oliveira inscrito
 no CPF sob o N° 509 327 804, 15, do sinistro de DPVAT cobertura brunelidez da Vítima
Jose Edilson M. de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o N° 509 327 804, 15, conforme
 terminação da Circular Susep 445/12.

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

Reuso informar

ato ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, dando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. A cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Rua 15 de Julho numero Centro		Número 255	Complemento A
Local		Estado PE	CEP 55690-000
	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
			81 991349621

Granato 29 de outubro de 2019
 Local e Data

Júnia Bacam B. Ferreira
 Assinatura do Declarante

11/09/2017



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: José Edelison Marques de Oliveira

REGISTRO: 773171 DATA DE NASCIMENTO: 39/09/1966

RG: 3.139.664 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Sítio Boa Vista município
chã grande

NOME DA MÃE: Clarice Joséfa da Conceição

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

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

DIAGNÓSTICO: Fratura da Omoplata / Escápula
Direita — — — — —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura da Glenoide + Artectomia +
Reparo de manguito Rotador + Neurólise
— — — — —

MÉDICO: Arnaldo Coimbra

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE Setembro DE 2019.

DR. ARNALDO COIMBRA JR
Ortopedista / Traumatologista
Cir. Gástrico e Coloproctologista
CRM PE 16.858 / TEOT: 13351

MÉDICO





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

157-37
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Edson 608767

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 OLIVETRA

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1093084

7- (CNS)

708600591204696

8- DATA DE NASCIMENTO

19/09/1966

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MAE DO PACIENTE

CLARICE JOSE DA CONCEICAO

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 91012062 | 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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TOGRAFIA

MENTO CIRÚRGICO

9 - 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 SECUNDARIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-----------------------	------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNACAO

URGENCIA E EMERGENCIA

29- CPF/ CPF/ CRF/ CRM- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: N.º 17475

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

13/08/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJI DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNPJ DA EMPRESA

41- CBO

35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR

43- AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO HÉDICO AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	DATA DA AUTORIZAÇÃO 13/08/2019	
46 Nº DO DOCUMENTO (CRM/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	<i>Dr. Edson Souza Jr. Ortopedia e Traumatologia Ortopedista de Joelho Cirurgião de Joelho CRM 17.475 - MDT 12.721</i>	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

*H M J de Souza Jr.
Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedista de Joelho
Cirurgião de Joelho
CRM 17.475 - MDT 12.721
Senha 608767*



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 235336 Nascimento: 19/09/1966
Responsável: Pronbáuário: 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: 3139654 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: CLÍNICA 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 QMOPLATÁ 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:

IVV + EM AHT SEN R A

ABDOMEN:

NON

P - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

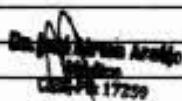
FX DE QMOPLATÁ DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:


Dr. Jose Airton Alves de Araujo
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.hmj.pe.org



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

Num. 68692805 - Pág. 17

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 CIRÚRGICO 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 SÓARES 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 ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO DIETRO PEITORAL DIREITA ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA

BURSECTOMIA

ABERTURA EM "L" DE TENDÃO SUBESCAPULAR

ABERTURA EM "T" DE CAPSULA ARTICULAR

NEURÓLISE DE NERVO AXILAR

ABORDAGEM DE SUPERFÍCIE DA GLENÓIDE APÓS AFASTAMENTO DE UMBRO COM FUKUDA

OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA CRUENTIZAÇÃO GLENÓIDE

REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS COMPRESSIVOS (HERBERT)

SUTURA DE CAPSULA E REPARO DE MANGUITO ROTADOR (SUBESCAPULAR)

LAVAGEM COM SF

REVISÃO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS


DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologista
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE: 16.668 / TECOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



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

Num. 68692805 - Pág. 18

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

DIF.

10cm

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 JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala:0.0

Data de aquis.:05/09/2019

Hora de aquis.:07:19:53

Índice de exp.:1307

DIF.

10cm

OMBRO

LATERAL

W: 4095, L: 2048

Id:osadmin

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES

Escala:0.0

Sumário de Admissão e Alta

Nome: JOSE EDEILSON MARQUES DE OLIVEIRA

Promotor: 773171

Atendimento: 235336

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 17 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE GLENOIDE

CID: S42.1

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

Tempo de permanência Previsto:

04/08/2019/02

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: S421 - FRATURA DA OMOPLATAS (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

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

Av. General Manoel Rabelo - N°126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



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

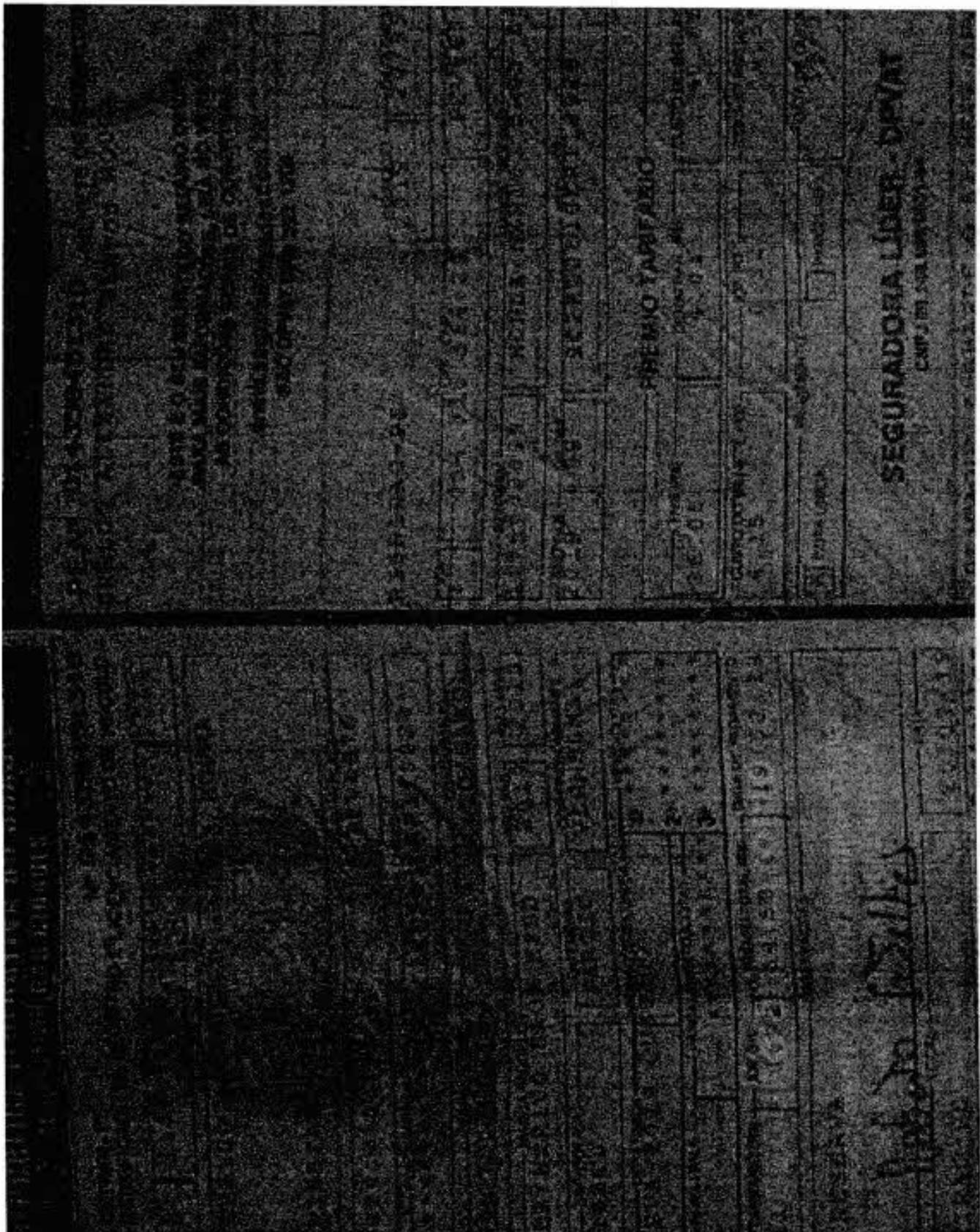
Num. 68692805 - Pág. 20





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

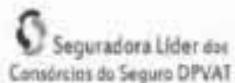
Num. 68692805 - Pág. 22



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

Num. 68692805 - Pág. 23

RECEBIMENTO 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 TML
- 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 Data do acidente: 30/07/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E
OLIVEIRA
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 OSTEOSÍTESE. 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 Data do acidente: 30/07/2019 Seguradora: CENTAURO VIDA E
OLIVEIRA
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 OSTEOSÍTESE. 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 Edelison Marques de Oliveira sob CPF: 509.327.804-15
portador da cédula de RG: 31.396.64 residente e domiciliado
SI. - Boa Vista - Santa Bárbara - RN - 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 e 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
Jose Edelison Marques de Oliveira

Ché Grande de 22 de outubro de 2019
Cartório de Notas

22/10/2019 Jose Edelison marques de Oliveira

Reconheço por Autenticidade a Firma Indicada de JOSE
EDELISON MARQUES DE OLIVEIRA, que confere a/o
pedreiro reg. neste servizio. Ché Grande

Luisa Abreu Filho (Ondeira) 22

Ché Grande, 22 de outubro de 2019. Em test. 22
de verdade.

Válido conforme com o selo 0076302-MVO1020-993.00291
Data: 02/10/2019 R\$ 0,70 FRC: R\$ 0,39 Total R\$ 4,09

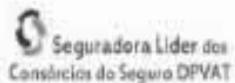


Testemunha

testemunha



RECEBIMENTO 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

