



Número: **0030475-04.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERA AMANCIO DA SILVA (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65899 693	06/08/2020 11:41	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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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 15457153





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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040928 Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01851/01852 - carta_03 - INVALIDEZ

00040928



Carta nº 15458559





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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200040928 Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01749/01750 - carta_03 - INVALIDEZ

00050875



Carta nº 15610102





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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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: **CICERA AMANCIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001433**

Conta: **0000043768-8**

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





Autorização de pagamento

EGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ L

SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

040.798.664-29

Nome completo da vítima:

Líder Amâncio da Silva

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

5 - Nome completo:

Líder Amâncio da Silva

6 - CPF:

040.798.664-29

7 - Profissão:

Agricultura

8 - Endereço:

Belizário Gomes Barreto

9 - Número:

28

10 - Complemento:

11 - Bairro:

São Cristóvão

12 - Cidade:

Araguari da Ingozira

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.800-000

15 - E-mail:

Cleramancio8@gmail.com

16 - Tel (DDD):

87 999226478

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\$1.000 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:

1433

001

CONTA:

43768

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (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 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:

Líder Amâncio da Silva

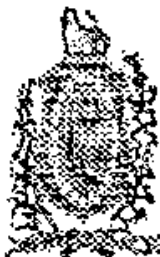
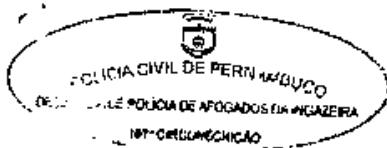
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

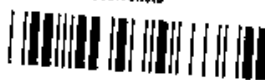
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 137ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DP187ª CIRC DINTER220 DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0257002525

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/12/2019** às **19:40**

ATROPELAMENTO COM VITÍMA NÃO FATAL - Cidreira (Convênio do) que aconteceu no dia **22/11/2019** no período da Tarde
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1, PE 320 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO SILVERIO DE SOUSA (OUTRO)
LUCIENE AMANCIO DA SILVA (TESTEMUNHA)
CICERA AMANCIO DA SILVA (VITÍMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERA AMANCIO DA SILVA**

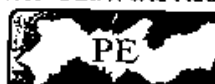
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CICERA AMANCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA** Pai: **ARLINDO ALCANTARA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/07/1978** Nacionalidade: **BRASILEIRO** / **PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **RG: 04004088 PE (RG), CPF: 000000000 (CPF) Estado Civil: ACASADO(a)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTORA** Telefones Celulares: **8790228475**

Residência: **RUA CELZARIO GOMES CARRETO, SAO CUSTOVIAO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 2, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUCIENE AMANCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **JOSEFA MARIA DE SOUSA SILVA** Pai: **ARLINDO ALCANTARA DA SILVA** Data de Nascimento: **22/10/1979** Nacionalidade: **BRASILEIRO** / **PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **RG: 750207408 PE (RG), CPF: 0016332502 (CPF) Estado Civil: ACASADO(a)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGENTE DE SAÚDE PÚBLICA** Telefones Celulares: **0790221031**

Residência: **TERCEIRA TRAVESSA JOSÉ DE CARVALHO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 11, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAO FRANCISCO - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**



CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Proco Monsenhor Alfrado de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 55800-000 - Afogados da Ingaizera (PE)
Tel.: (81) 3938-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,90, TSNR R\$ 0,70, FERC R\$ 0,35 FERM R\$ 0,03 e FUNSEG R\$ 0,07, ISS: 0,17

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selo digital.

10/01/2020 14:23:10 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS

SANTOS - Substituto

Selo: 0150599 BRU12201901.01293

Lucilio Valério S. dos Santos
Escrevente Substituto



DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: O não conhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL

ANTONIO SILVERIO DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO SILVERIO DE SOUZA, que esteve
em posse do(a) Sr(a) CICERA ALANCI DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 13 Objeto apreendido: N.E.
Cor: LARANJA - Quantidade: QUANTIDADE NÃO INFORMADA
Placa: KKY-3738 (PERNAMBUCO/TABOJA) Renavam: 12222222 Chassi: CCZLC132CA005150
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000 Combustível: ALCOOL/GASOL

Complemento / Observação

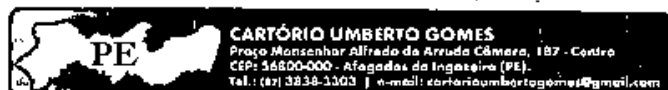
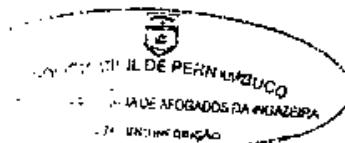
DIANTE A VISTA QUE TRAVESSIA NA MOTOCICLETA DESCRITA, ENTÃO TABEJA/AFOGADOS DA
CIGARETA, NAS FLORESTAS DA ENTRADA DA VARZINHA, UMA CRIANÇA COM A BICICLETA
ENTROU DE REPENTE NO CEM DO ASFALTO. CICERA TENTOU DEIXAR, MAS ACABA COLIDINDO COM A
RODA DA BICICLETA, LOGO, PERDEU O EQUILIBRIO E CAIU AO CHÃO. FOI SOCORRIDA PARA O
HOSPITAL REGIONAL, NESTA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. MAS, DEVIDO A GRAVIDADE
DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GERAL JACINTO. SOFREU FRATURA NO
OSSO DO OMBRO ESQUERDO, CONTO E DOLETO CÉRICO, ADULTA, QUE A CRIANÇA DA
BICICLETA NÃO SE BACHUCU.

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

CICERA ALANCI DA SILVA
(VITIMA)

LUCCIEDE ALANCI DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: UENO EDUARDO DE VASCONCELOS GOMES - Matrícula: 273118-6



Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi
apresentado, ao qual autentico e dou fé. Emol. R\$ 2,90, TSNR R\$ 0,70,
FERC R\$ 0,35 FERM R\$ 0,03 e FUNSEG R\$ 0,07, ISS: 0,17 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.
10/01/2020 14:23:10 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS
SANTOS - Substituto
Selo:0150599.BNP12201901.01294



Lucilio Valerio S. dos Santos
Escritor Substituto



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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: 3200640928 3 - CPF da vítima: 04079866429 4 - Nome completo da vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICERA AMANCIO DA SILVA 6 - CPF: 040.798.664-29
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA BELIZARIO GOMES BARRETO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO CRISTOVÃO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: CIGERAAMANCIO18@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99922-6478

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3433 03 CONTA: 43768 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido(a)? ☐ 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 LIDER 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, 09/03/2020 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE: ARCOVERDE
DISTRITO DE: ARCOVERDE

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 7.377Eu, CLEONICE IZABEL DE QUEIROZ GOIS \$\$\$ OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 178 do livro "A" 07 do registro denascimento, foi feito o assento de CIDERA AMANCIO DA SILVA \$\$\$nascido no dia vinte e sete (27) de fevereirode mil novecentos e setenta e cinco (1975) \$\$\$às quatro (04) horas, em Seledão - Pernambuco.\$\$\$ do sexo femininofilho de Arlindo Amancio da Silva \$\$\$e Josefa Maria da Silva \$\$\$sendo avós paternos Cosmo Atanasio da Silva \$\$\$e Francisca Ana da Silva \$\$\$e maternos Sebastião de Souza da Silva \$\$\$e Maria Minervina da Anunciação, falecida \$\$\$Foi declarante O GENITOR \$\$\$e serviram de testemunhas Aminadab Teles Guimarães \$\$\$e Adjar Maciel Cambui \$\$\$OBSERVAÇÕES: Registrada de acordo com a Lei em vigor. \$\$\$\$\$\$ \$\$\$ \$\$\$TOTAL R\$ 25,00Registrado em 13 de agosto de 1979.

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Arcoverde17

de

setembrode 19 79

Nº 132



Pernambuco



SUS

Sistema
Único
de Saúde



Hospital do
Tricentenário

Registro: 15694 Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA Data de nasc.: 27/02/75
Médico solíc.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 22/11/2019 Hora: 17:48

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ

Exame Físico:

DOR / DEFICIT FUNCIONAL DE OMBRO ESQ

Resultados de Exames:

RX FRATURA DE UMBRO PROXIMAL ESQ - AO 11A2

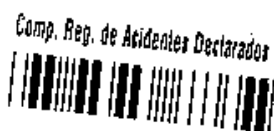
Conduta:

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE UMBRO PROXIMAL ESQ

Óbito: Não



Dr. DIOGO CESAR DE SOUZA BEZERRA
CRM: 21796



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01433

CONTA: 000000043768-8

Nr. da Autenticação 6E0C30F1BED47AA6





NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50053-802
CNPJ 10.420.512/0001-08 | Ins. Est. 0059843403 | www.celpe.com.br

ADRES DO CLIENTE

CICERA AMANTO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RLA BELIZARIO GOMES BARRETO 28

CPF 040 783 684-29 NIS 203893901134

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRAGEM COMANS

SÃO CRISTÓVÃO/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CÓDIGO DE CONTADOR

2107428014 08/2019
DATA DE VENCIMENTO

29/07/2019 29/07/2019

087733753

UNICA

2105/2019

2105/2019

2001752067

14887

-140,78

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,34754784	7,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	9,42436700	29,70
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	110,0000000	0,63555185	75,74
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,12
Contrib. Rum. Fundos Municipais			21,04
ICMS Subvenção COE NF 060230112-2/AM/13			1,13
ICMS Subvenção Banco Renda			1,25
Multa por atraso NF 058381328 - 26/03/18			2,30
Juros por atraso NF 058381328 - 26/03/18			1,41
Atualização ICMS NF 056381325 - 26/03/18			0,03

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

140,78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	Tipo de Funcionamento	Anterior	Atual	IPCC	Consumo (kWh)	Ajuste	Consumo (kWh)
21/08/19	CAT	23-08-2018	12-08-19	27-08-2019	13-08-19	2,0000	218,50

DECOMPOSIÇÃO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TEMPERATURAS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	Temp. Média	Temp. Máx	Temp. Mín	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
21/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
22/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
23/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
24/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
25/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
26/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
27/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
28/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
29/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
30/08/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
01/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
02/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
03/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
04/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
05/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
06/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
07/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
08/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
09/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
10/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
11/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
12/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
13/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
14/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
15/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
16/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
17/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
18/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
19/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
20/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
21/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
22/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
23/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
24/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
25/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
26/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
27/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
28/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
29/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
30/09/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
01/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
02/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
03/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
04/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
05/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
06/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
07/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
08/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
09/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
10/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
11/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
12/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
13/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
14/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
15/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
16/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
17/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
18/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
19/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
20/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
21/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
22/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
23/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
24/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
25/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
26/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
27/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
28/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
29/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
30/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
31/10/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
01/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
02/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
03/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
04/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
05/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
06/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
07/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
08/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
09/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
10/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
11/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
12/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
13/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
14/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
15/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
16/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
17/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
18/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
19/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
20/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
21/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
22/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
23/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
24/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
25/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
26/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
27/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
28/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
29/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
30/11/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
01/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
02/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
03/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
04/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
05/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
06/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
07/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
08/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
09/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
10/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
11/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
12/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
13/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
14/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
15/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
16/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
17/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
18/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
19/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
20/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
21/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
22/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
23/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
24/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
25/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
26/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
27/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
28/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
29/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50
30/12/19	27,0	30,0	24,0	218,50	218,50	218,50

NEDESA - N.º 100



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Cícera Amorancio da SilvaREGISTRO: 778303 DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1975RG: 6.498.064 ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Rua: Belgárico Gomes Barreto n. 22Bairro: CristianópolisNOME DA MÃE: Josefa Maria da SilvaDATA ADMISSÃO: 29/11/2019 DATA ALTA: 07/12/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 05/12/2019 CID: S42.2DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade Superior
do Úmero Esquerdo — IITRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Proximal de Úmero Esquerdo
+ Burssectomia + Neurectomia + Artroscopia
— II — II — II

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 08 DE Jan DE 2020

MÉDICO



Receituário Controle Especial

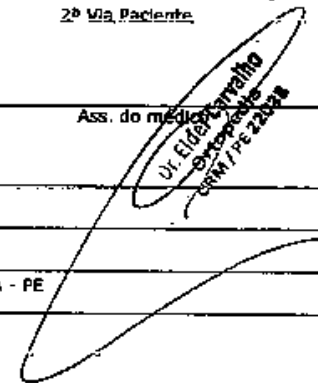
Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 07/12/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico


Dr. Elder de Vasconcelos Carvalho
CRM/PE 22023

Identificação do Paciente	
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA	
Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 25, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	
Prescrição: NOVOTRAM 100mg ----- 02 CAIXAS TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data: / /

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpj.org



Recetário Controle Especial

Identificação do Emitente	
Nome: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO	
CRM: 22023	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 07/12/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente	
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA	
Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 26, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	
Prescrição: MOVOTRAM 100mg - 02 CAIXAS. TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 12H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.	

Dr. Elder Carvalho
Ortopedista
CRM: 22023

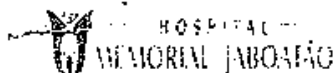
Identificação do Comprador		
Nome:	RG:	
	Org. emissor:	
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	Data: / /

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.e.org





**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 29/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 05/12/2019

DATA DE ALTA: 07/12/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 19/12/2019 **HORÁRIO:** 07:00.

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 17 DE DEZEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM/PE 22023

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54440-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CICÉRA AMANCIO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 778303

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE OMBRO ESQUERDO AP E PERFIL ESCAPULAR

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Osvaldo José
Macedo Coimbra Junior
CRM 1.982.2022

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: CICERA AMANCIO DA SILVA

USO ORAL

1. LISAPROX-DIP ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS
3. CEFALEXINA 500mg ----- 28 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO 6/6 HORAS POR 7 DIAS

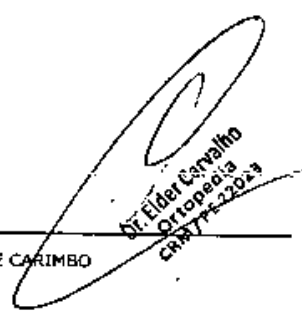
09/12/19
FARMACIA
FARMACIA

SUS = 705 4004 6960 72 99

CEFELEXIN 500mg
20959113

DATA: 07/12/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Dr. Elber Carvalho
Ortopedia
CRM 774-20019

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org





NOME: CICERA AMANCIO DA SILVA
DATA: 22/11/2019

RECEITUÁRIO

USO ORAL

- FLANCOX 500MG-----01CX
TOMAR 01 CP DE 12/12H POR 05 DIAS.

- LISADOR DIP-----01CX
TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.

Dr. Diogo Cesar de Souza Bezerra

Dr. DIOGO CESAR DE SOUZA BEZERRA
CRM : 21796

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgílio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br



Usuário: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Data: 05/12/2019 14:11:45

Hora: 14:11

Sumário de Admissão e Alta

Nome: CECERA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Atendimento: 256488

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LETTO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FX DE UMERU PROXIMAL ESQ

CID: S422

Procedimento Solicitado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Prescrição Prevista:

Prescrição SUS Realizada: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

06. Clínico:

07. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☒ Mudança de Procedimento

☒ Diária de UTI

☒ Diária de Acompanhante

Di e Anti - Rn

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU

Diagnóstico Secundário:

Ev. de Alta: melhora

Data de Internação: 29/11/2019

Data da Alta: 01/12/19

Dias de Hospitalização: 8

dia (s).

LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmje.org

Sumário de Admissão e Alta

5647301 2809

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Apoio: 256498

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 14 - LEITO 02

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FX DE UMERU PROXIMAL ESQ

CID: S422

Procedimento Solicitado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Internação Prevista:

0415010012

Procedimento Realizado: 0408020334 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMERU

Medicação - 0403020077 + extenção - 0408020334 - Rins...

01. Cirurgião: OSVALDO JOSÉ MACEDO COIMBRA JUNIOR

0408060085

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

04. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

05. Clínico:

06. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

Diária Anti - ...

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PJE
Data: 05/12/2019
Hora: 14:11
CRM: 23550

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERU

Diagnóstico Secundário:

Forma de Alta:

melhorado

Data de Internação: 29/11/2019

Data da Alta:

01/12/19

Dias de Hospitalização: 8

dia(s).

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



Laudo para solicitação de autorização de Internação - SES

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5356067	

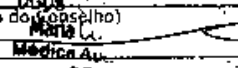
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do paciente		Nº Protocolo	
CICERA AMANCIO DA SILVA		778303	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça Cor
	27/02/1975	Masc. ☐ Femi. ☐	
Nome da Mãe		Telefone de contato	
JOSEFA MARIA DA SILVA			
Nome Responsável			
Endereço	Numero	Bairro	
RUA BILIZARIO GOMES BARRETO	26	CENTRO	
Município	IBGE	UF	CEP
MOGACOS DA INGAZEIRA			56800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE VITIMA DE TRAUM COM MOTO HA 8 DIAS, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSE.			
Condições que justificam a internação			
ATAMENTO CIRURGICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
RADIOGRAFIA COIM FRATURA			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE UMERU			

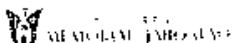
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado			Código do Procedimento
INTERNAMENTO			
Especialidade	Caráter de Atendimento	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assis
ORTOPEDIA		☐ CNS ☐ CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MILENA ALVES		29/11/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ Acidente de trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acid. Trabalho típico			
☐ Acid. Trabalho trajeto	CNPJ / Empresa	CNAE/Empres	CBO

Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado
☐ Aposentado		☐ Não Segu	

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	Lot. Órgão Emissor
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
☐ CNS ☐ CPF	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Secretaria de Saúde - PJGP  Maria C. Medica Au. CPF:
Sector	





Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 256488

Nascimento: 27/02/1975

Responsável:

Prontuário: 778303

Sexo: Feminino

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 29/11/19 19:10:30

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 2 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 6498064

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 705400469607299

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço: RUA BILIZARIO GOMES BARRETO, CENTRO, CEP: 56800000, Nº 26, AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 14 - LEITO 02

Médico: MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM MOTO HA 8 DIAS, COM DOR E TORTUOSIDADE EM MSE.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

5+, NEGA DM, FAZ USO LOSARTANA 50MG 12/12H
NEGA ALERTCIAS

EXAME FÍSICO GERAL:

EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 3T BNF SS

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

EXTREMITADES SEM EDEMAS

POTERE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE UNERO F 2 - HAS

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILENA NOVAIS TORRES ALVES - CRM: 27374

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

TELEFONE: 3482-9836 - www.hmspf.org

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA

Prontuário: 778303

Atendimento: 256488

Unidade de Internação / Leito: ENF 14 - LEITO 02

Sexo: Feminino

Idade: 44 Anos, 9 Meses e 8 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMERO

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA (040806019-0) + TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA UMERU PROXIMAL ESQUERDO (040802033-4) + BURSECTOMIA (040806008-5)

Data: 05/12/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

05. Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
03. PREPARAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
04. INCISÃO DELTO PEITORAL ESQUERDA ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
05. BURSECTOMIA
06. OSTEOTOMIA DE BORDAS DA FRATURA PARA ALINHAMENTO DE REDUÇÃO
07. REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA ANATÔMICA DE UMERU COM PARAFUSOS BLOQUEADOS E CORTICAL
08. NEURÓLISE DE NERVO RADIAL DISTAL A PLACA
09. LAVAGEM COM SF
10. REVISÃO DA HEMOSTASIA
11. FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedista / Traumatologista
Cir. Ortopédica Coimbrão
CRM-PE 16.658 / TEOT. 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



CICEBA, AMANCIO DA SILVA,
Sex: Feminino
Data de nascimento: 27/02/1975
ID: 778203

Fsq.

Data de aquisição: 05/12/2019
Hora de aquisição: 15:44:02
Indice de exp.: 2035

ONIBRO
AP
VW: 40935, L 2043
ID da Escaneadora: 1111

20cm

17cm

Exceler 9.0
Carstream Health R&D Hospital



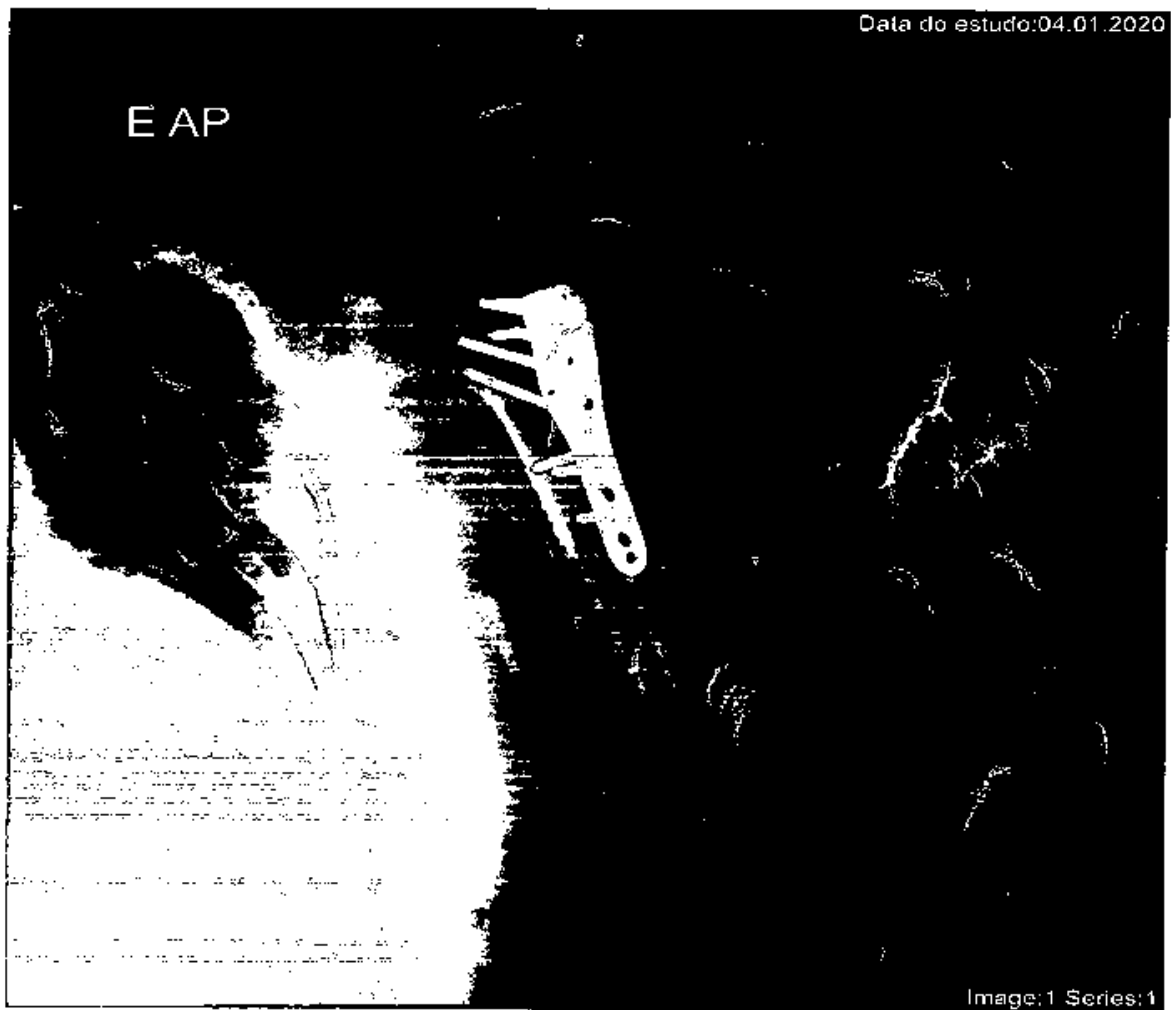
MANCIO DA SILVA,
inscricao: 27/02/1975

Data de aquis. 27/02/19
Hora de aquis. 17:01:14
Indice de exp. 1155

Desfile Health R&D

PatientID: 20200104CONTROLE
PatientName: CICERO AMANCIO DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 27.02.1975
Age: 44a.



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
SALA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL	
DIRETORIA DE INVESTIGAÇÃO CRIMINAL	
NOME CICELE AMANCIO DA SILVA DOC. IDENTIDADE/CPF/CPF/CPF 6498864-8 DM - PE CPF 048.798.664-29 DATA NASCIMENTO 27/02/1979 FLUXO ARRAUDA - ARRUADE - DM SILVA JOSEFA MARIA DA SILVA PERMANECI A ACE A DEL. HAB. A Nº REGISTRO 05076681000 UNIDADE 15/09/2026 V. HABILITACAO 13/11/2010	
COMENTÁRIOS SEM OBSERVAÇÕES	
<i>Cicely Amancio da Silva</i> ASSINATURA DO PORTANTE LOCAL ARRUADE - DM - PE DATA EMISSÃO 15/09/2015 <i>[Signature]</i> ASSINATURA DO CRIMINAL 25431681101 PE068771878	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1104843520

PROJETO PLATINUM

1104843520



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº015100605476
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 104529204 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2019

NOME: ANTONIO SILVERIO DE SOUSA

TABIRA-PE 0

OFF. CNPJ: 026.408.034-03 PLACA: KKW5730

PLACA ANT. UF: ***** /PE CHASSI: 9C2KC1620AR005150REM

ESPECIE TIPO: PAS /MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX E3 ANO FAB: 2009 ANO MOD: 2019

CAP. POT. C.: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDEFINIDA: LARANJA

COTA ÚNICA: IRVA 2019 QUITADO 1ª *****

FAIXA IRVA: 1 PARCELAMENTO COTAS: 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 IDV (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 80.43 DATA DE PAGAMENTO: 19/09/19

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA, MOTOR N° PE0003730

TABIRA *Roberto F. Silva* DATA: 19/09/19

Roberto Carlos Moreira Pontello
DIRETOR PREZ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 015100605476 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO SILVERIO DE SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

TABIRA-PE EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 19/09/19

VIA: 1 CNPJ: 026.408.034-03 PLACA: KKW5730

RENAVAM: 104529204 MARCA/MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX

ANO FAB: 2009 ANO MOD: 09 CHASSI: 9C2KC1620AR005150REM

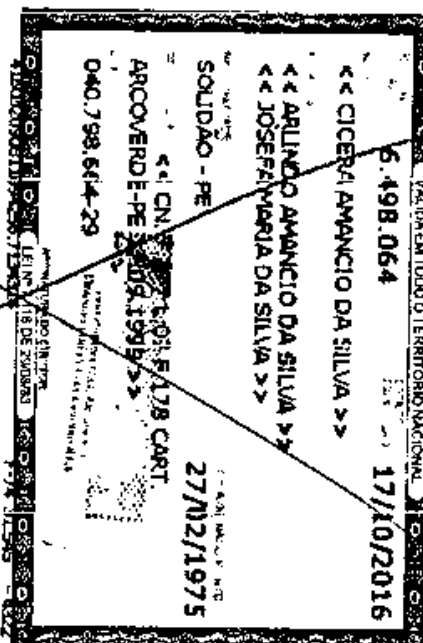
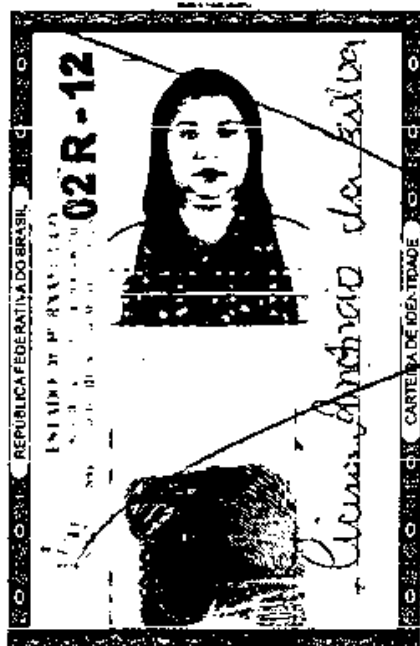
PRÊMIO TARIFÁRIO

IRVA (R\$)	CONTRATANTE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.01	40.06
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDV (R\$)	TOTAL PRÊMIO (R\$)
4.15	0.32	84.36

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 19/09/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.946.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DEVE SER MANTIDO EM LUGAR DE FORTA OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



CICERA AMANCIO DA SILVA : 040.798.664-29

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: 24/01/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

CICERA AMANCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

Cristina Limeira Alves



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: 3200040928 3 - CPF da vítima: 04079866429 4 - Nome completo da vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

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

5 - Nome completo: CICERA AMANCIO DA SILVA 6 - CPF: 040.798.664-29
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA BELIZARIO GOMES BARRETO 9 - Número: 28 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO CRISTOVÃO 12 - Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56800-000
15 - E-mail: CICERAAMANCIO18@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 87-99922-6478

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5433 013 CONTA: 43768 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (s) (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, 09/03/2020 AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE

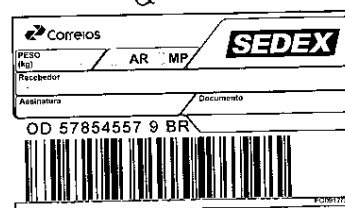
Cícera Amancio da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
EN: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO RIO DE JANEIRO/RJ			
CEI Zip CEP: 200100-904		UF / State	PAÍS / Country





Seguro
DPVAT
O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:
4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.
0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.
SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia

 dpvat_oficial  DPVAToficial  DPVAToficial  seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguironotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Cidade Américo de Oliveira			
ENDEREÇO / Address			
R: Belizário Gomes Barreto nº 28			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
56800-000	Al. da Indústria	RS	
3200040928		   	
"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"		   	

DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)

☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALLECIDO (Deceased)
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
☐ NÃO PROCURADO (Untraced)	☐ OUTROS (Other)
☐ AUSENTE (Absent)	

TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)

1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às

☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico
(Information provided for doorman or condo manager)

☐ Reintegrado ao serviço postal em / /
(Reintegrated to service post)

Data / / Responsável _____





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 4020-1599 (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, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

Data do Acidente: 22/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CICERA AMANCIO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0165101352 - carta_03 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200040928 **Cidade:** Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BURSECTOMIA/NEURÓLISE/OSTEOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.1_RELATÓRIO MÉDICO.

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: 3200040928 **Cidade:** Ingazeira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA **Data do acidente:** 22/11/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(BURSECTOMIA/NEURÓLISE/OSTEOTOMIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.1_RELATÓRIO MÉDICO.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Número do Sinistro: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CICERA AMANCIO DA SILVA : 040.798.664-29

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: 24/01/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

CICERA AMANCIO DA SILVA

Cristina Limeira Alves



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0034518/20

Número do Sinistro: 3200040928

Vítima: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF: 040.798.664-29

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 22/11/2019

Titular do CPF: CICERA AMANCIO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

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: 31/03/2020
Nome: CICERA AMANCIO DA SILVA
CPF: 040.798.664-29

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/03/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

CICERA AMANCIO DA SILVA

Paulo Victor Soares Sant'Ana

