

PROCURAÇÃO

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração,

portador da RG nº. 1351308 SDS-PE

e inscrito no CPF sob o nº. 170.331.794-72 residente à AV. ANTÔNIO DA COSTA

AZEVEDO, 195 B - PEIXINHOS - OLINDA - PE CEP 53220-130

NOMEIA(M) E CONSTITUE(M) seu bastante procurador e advogado, **Dr. JOSEVALDO BEZERRA DE MELO**, inscrito na OAB/PE sob o nº 31.750, estabelecido profissionalmente à Rua do Farol, nº. 1667, CEP: 53.120-390, Bairro Novo, Olinda/PE, Fone: (81) 98743-1085, local onde para os efeitos do art. 105, do Código de Processo Civil, receberão intimações e notificações ulteriores, ao qual confere aos outorgados poderes:

ADMINISTRATIVOS para representá-lo(a) perante o INSS - Instituto Nacional de Seguridade Nacional, podendo requerer concessão ou restabelecimento de benefícios, solicitar telas do PLENUS, HISCRE, INFEN, CARTA DE CONCESSÃO, qualquer modalidade de CNIS ou quaisquer outros documentos do(a) outorgante, bem como pedir vistas, retirada e solicitação de cópias de processo administrativo, prestar declarações, entre outros de igual interesse;

AMPLOS PODERES para atuação no foro em geral com a cláusula "ad judicium et extra", em qualquer JUÍZO, instância ou tribunal, estando os mandatários autorizados a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defende-lo(a) nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão e ainda os poderes especiais para receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, acordar, discordar, recorrer em qualquer tribunal, embargar e concordar com cálculos e perícias, substabelecer com ou sem reserva de poderes e o específico para concordar, assinar declaração de hipossuficiência econômica ou RENUNCIAR AO TETO MÁXIMO DOS JUÍZADOS ESPECIAIS E RENUNCIAR AO CRITÉRIO DE APLICAÇÃO DOS JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA, BEM COMO RENUNCIAR AO VALOR EXCEDENTE AO TETO DOS JUÍZADOS ESPECIAIS FEDERAIS, se necessário.

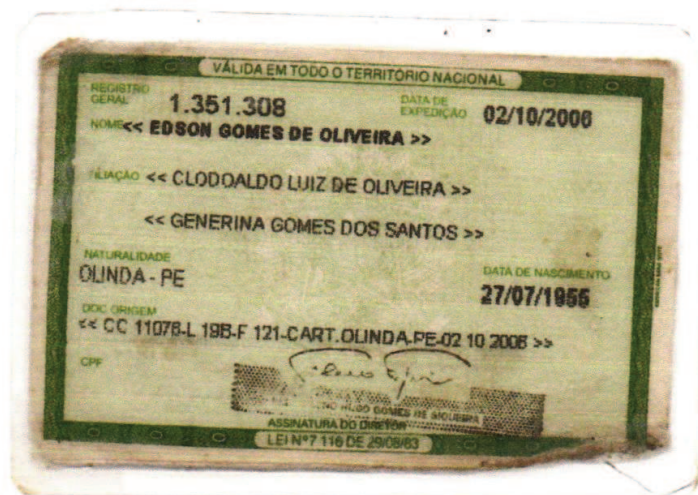
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pela presente, com base nos Arts. 98 e 99, § 3º, todos do Código de Processo Civil, requer a gratuidade da justiça até final decisão, uma vez que não tem condições de arcar com as custas processuais, sem colocar em risco o seu sustento próprio e o de seus familiares, pelo que pretende o gozo dos benefícios da Assistência Judiciária.

Olinda, 19 de AGOSTO de 2020.


Outorgante/Declarante







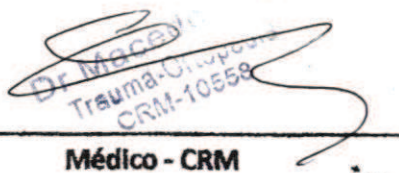
	Secretaria de Saúde/PMO Centro de Reabilitação de Olinda Fone: 3431.6785	 Sistema Único de Saúde
---	--	---

Receituário:	Requisição nº.:
Nome: Sr. Edson Gomes	
Endereço: de Oliveira	
Mat.:	Data de Nascimento:

LAUDO

Impossibilitado
de exercer suas
atividades físicas
devido a lesão
do membro superior
direito permanecendo
em repouso
CID 542.2 M25.5

Data: 24.5.19


Dr. Maciel
Trauma-Ortopedia
CRM-10558

Médico - CRM





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 46384 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 025A. CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS
Ofício nº. 712 / 2019 Data 4 / 11 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 025A. CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:00 do dia 4 de Novembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **EDSON GOMES DE OLIVEIRA** filho(a) de **CLODOALDO LUIZ DE OLIVEIRA** e de **GENERINA GOMES DOS SANTOS**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, apresentando a idade de **64 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **OLINDA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 1351308**, profissão **AUTÔNOMO**, endereço **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, nº 195, complemento: NÃO INFORMADO, bairro PEIXINHOS, telefone/s, (81)98710-9165, OLINDA - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

DIZ QUE FOI ATROPELADO EM VIA PÚBLICA NO DIA 27 DE MARÇO DE 2019. FOI ATENDIDO NA URA E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, CUJO LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO ORTOPEDISTA ELDER CARVALHO, CRM-22023, CONSTA: "DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA. ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA. CID-10:S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO. DATA DO INTERNAMENTO: 29/03/2018. DATA DA CIRURGIA: 08/04/2019. DATA DA ALTA: 10/04/2019".

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E ROTAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
CICATRIZ LINEAR, HIPERTRÓFICA, COM RETRAÇÃO DA PELE, EM DISPOSIÇÃO OBLÍQUA, NA FACA ANTERIOR DO OMBRO DIRETO QUE MEDE 120mm DE EXTENSÃO.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. DEBILIDADE PERMANENTE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES POR MAIS DE TRINTA DIAS PELA FRATURA.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. DEFORMIDADE PERMANENTE PELA CICATRIZ.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^(a). VALDERI SIQUEIRA DE MIRANDA - CRM 9290.



Assinado digitalmente por **VALDERI SIQUEIRA DE MIRANDA**, Médico Legista, Matrícula nº 209.612-9, CPF: xxx.387.464-xx, em 04/11/2019 15:35:37.

Polícia Científica
SDS-PE

Autenticidade, integridade e irrefutabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a Legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de ANDRÉAS G. DE

Valderi

22/11/19

1500

Pelo Ofício Nº

Desse de

A que deu fé o Assino.

Funcionário - Matrícula

Fábio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7



Assinado digitalmente por VALDERI SIQUEIRA DE MIRANDA, Médico Legista, Matrícula nº 209.612-9, CPF: xxx.387.464-xx, em 04/11/2019 15:35:37. Página 2 de 2.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115002939**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/07/2019** às
09:26

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 27/3/2019 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 01** - Bairro:
PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **EM**
FRENTE A MAGAZINE LUIZA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
EDSON GOMES DE OLIVEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

.....
EDSON GOMES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GENERINA GOMES DOS SANTOS Pai: CLODOALDO LUIZ DE OLIVEIRA Data de Nascimento:
27/7/1955 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1351208/SDS/PE
(RG). 17033179472 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO
Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- **987109165**

Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 195 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

.....
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em posse
do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPrevie...

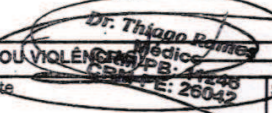
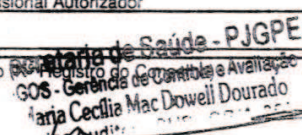
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA EM SUA BICICLETA NA VIA MENCIONADA, QUANDO UM MOTORISTA E CARRO NÃO IDENTIFICADO ATROPELOU A VITIMA, QUE FOI SOCORRIDO PELO BOMBEIRO MILITAR DE PERNAMBUCO PARA UPB DE PE 15 E NO OUTRO DIA FOI PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO, ATENDIMENTO N° 267116.

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

Edson Gomes de Oliveira
EDSON GOMES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alessandra* ALESSANDRA GOMES DA SILVA - Matrícula: 272862-8

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		CNES 5356067	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente EDSON GOMES DE OLIVEIRA		Nº Prontuário 765855	
Cartão Nacional do SUS T06900785129376	Data de Nascimento 27/07/1955	Sexo Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	Raça/Cor 99 - Sem Informação
Etnia 0000 - Não Se Aplica		Telefone de contato	
Nome da Mãe GENERINA GOMES DOS SANTOS			
Nome Responsável GENERINA GOMES DOS SANTOS			
Endereço (Rua, Nº, Bairro) AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO DE 1 A 629, 195 - PEIXINHOS			
Município OLINDA	IBGE 260960	UF PE	CEP 53220130
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE SOFREU COLISÃO VEICULO EM BICICLETA, SOFRENDO TRAUMA MSD COM DOR + EDEMA LOCAL. EG BOM EUPNEICO. AFEBRIL, NORMOCRADO, HIDRATADO. ACV=RCR, BNF EM 2T PA-120/80MMHG. AR=MV NORMAIS S/ADVENTICIOS. AGI=FLÁCIDO INDOLOR. RHA(+)			
Condições que justificam a internação QUADRO CLÍNICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas EXAME CLÍNICO+RX			
Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Descrição do Procedimento Solicitado TRATAMENTO O/ CIRURGIAS MÚLTIPLAS		Código do Procedimento 0415010012	
Clínica CIRÚRGICA	Caráter da Internação 2	Documento () CNS () CPF	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação 29/03/2019	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acidente Trabalho Típico	CNPJ Empresa	CNAE da Empresa	CBO
☐ Acidente Trabalho-Trajetória			
Inclusão com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
Nome do Profissional Autorizador MARIA CECILIA MAC DOWELL		Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
Documento (X) CNS () CPF	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador 201533356580007		
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo 		



S-553205

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Prontuário: 765855

Atendimento: 207115

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexp: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

CID: S422

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

Tempo de permanência Previsto:

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

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

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

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

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

Gerência de Controle e Avaliação
SUS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell-Domato
Médica Auditora SUS - CRM: 8927
CPF: 708.775.886-40

Resumo do Caso: PACT SUBMETIDO A CORREÇÃO DE FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

Diagnóstico Principal: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMEROS

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/03/2019

Data da Alta: 10/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

HENRIQUE FERREIRA WAGNER

CRM: 27535



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

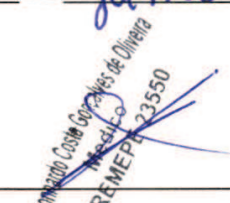
00

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

NOME: Edson Gomes de OliveiraREGISTRO: 765855 DATA DE NASCIMENTO: 27 / 07 / 1955RG: 1351.308 ORGÃO EMISSOR: SDS / PEENDEREÇO: Av. Antonio da Costa Azevedo
Nº 195 - Peixinhos - IlindaNOME DA MÃE: Generuna Gomes dos SantosDATA ADMISSÃO: 29 / 03 / 2019 DATA ALTA: 10 / 04 / 2019DATA DO PROCEDIMENTO: 08 / 04 / 2019 CID: S 42.2DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade
superior do Úmero DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirurgico de
fratura de Úmero Proximal Direito
+ Tratamento de retracção muscular
+ Neurolise + Osteotomia.

MÉDICO: _____

CREMEPE: _____

JABOATÃO DOS GUARAPES, 07 DE Julho DE 2019.
MÉDICO

CONCESSÃO DE CARTÃO VEM LIVRE ACESSO

Lei nº. 14.916/2013 – Decreto nº. 42.887 de 08/04/2016

ATESTADO MÉDICO

Carimbo da Unidade Credenciada ou pertencente à rede de Serviços do SUS

Secretaria de Saúde/PMO
Centro de Reabilitação de Olinda
Fone: 3431.6785

Município:

OLINDA

Data:

24.5.19

Atesto para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte coletivo da Região Metropolitana do Recife, que o (a) Sr.(a)

JOSEVALDO GOMES

portador do documento de identificação (tipo e número) possui a deficiência permanente abaixo assinalada:

() Deficiência Auditiva - CID Versão 10 :

☒ Deficiência Física - CID Versão 10 :

42.2 M25.5

() Deficiência Intelectual - CID Versão 10 :

() Deficiência Visual - CID Versão 10 :

Esclarecer o tipo e grau da deficiência do interessado e se permanente, de acordo com a Lei Estadual 14.916/2013

Deficiência física com
el Deficit

Esclarecer a necessidade ininterrupta ou não de acompanhante.

Não

Dr. Macedo Lima
CRM-10558

Assinatura e Carimbo com CREMEPE



LEI Nº 14.916, DE 18 DE JANEIRO DE 2013.

(Regulamentada pelo Decreto nº 42.887, de 8 de abril de 2016, que revogou o Decreto nº 40.191, de 10 de dezembro de 2013.)

Concede às pessoas com deficiência gratuidade nos veículos do Sistema de Transporte Público de Passageiros da Região Metropolitana do Recife - STPP/RMR, e dá outras providências.

O PRIMEIRO VICE-PRESIDENTE, NO EXERCÍCIO DA PRESIDÊNCIA DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO: Faço saber que tendo em vista o disposto nos §§ 6º e 8º do art. 23, da Constituição do Estado, o Poder Legislativo decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 2º Farão jus ao Vale Eletrônico Metropolitano de Livre Acesso ao STPP/RMR, sem qualquer ônus, as pessoas com deficiência.

§ 1º Considera-se pessoa com deficiência, para efeitos desta Lei, a que tenha:

I - deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, artrose severa e as doenças do sistema nervoso central ou periférico que prejudiquem a capacidade de deambulação ativa, a apreensão ou a sustentabilidade da pessoa, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, na qual a acuidade visual situa-se entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV - deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente menor que a média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a 02 (duas) ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla: associação de 02 (duas) ou mais deficiências de que tratam os incisos I a IV do § 1º do caput deste artigo.

Art. 11. Revoga-se a Lei nº 11.897, de 18 de dezembro de 2000.

Palácio Joaquim Nabuco, Recife, 18 de janeiro do ano de 2013, 197ª da Revolução Republicana Constitucionalista e 192ª da Independência do Brasil.

MARCANTÔNIO DOURADO





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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200047446

Vítima: EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15468961





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

EDSON GOMES DE OLIVEIRA
AV ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 195 B
PEIXINHOS
CEP 53220-130 - OLINDA - PE



BO054930225BR



Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





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: 3200047446

Vítima: EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15458577





O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



Correios
RS02,05
06.02.20 - 10:31
CARTA
AGF Mariz - RJ

EDSON GOMES DE OLIVEIRA
AV ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 195 B
PEIXINHOS
CEP 53220-130 - OLINDA - PE

DEVOLUÇÃO Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br	Para uso dos correios ☐ Mudou-se ☐ Desconhecido ☐ Recusado ☐ Ausente ☐ Não procurado Data ____/____/____ ☐ Endereço insuficiente ☐ Não existe o nº indicado ☐ Falhado	Responsável pela informação ☐ Morador ☐ Síndico ☐ Porteiro Entregador _____
--	--	---

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: EDSON GOMES DE OLIVEIRA

Prontuário: 765855

Atendimento: 216973

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 63 Anos, 9 Meses e 23 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 08/07/2019

Hora: 08:00

**Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios,
mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.**

Procedimento a ser realizado:

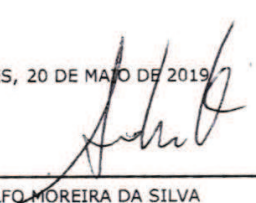
RAIOS X OMOPLATA OU OMBRO-FUNCIONAL

OMBRO DIR

APV E PERFIL DE ESPÁULA

**Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório
para marcar a consulta.**

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 20 DE MAIO DE 2019


ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022

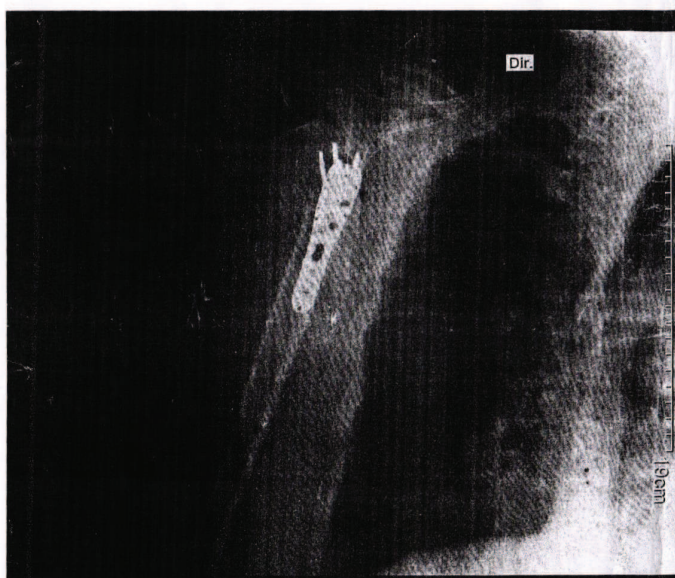


EDSON GOMES DE OLIVEIRA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/07/1955
ID: 765855.....

Hora de aquis.: 09:13:49
Índice de exp.: 1684

Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/07/1955
ID: 765855.....

Índice de exp.: 1408



OMBRO
LATERAL
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: admin

14cm



OMBRO
AP
W: 4096, L: 2048
ID de técnico: admin

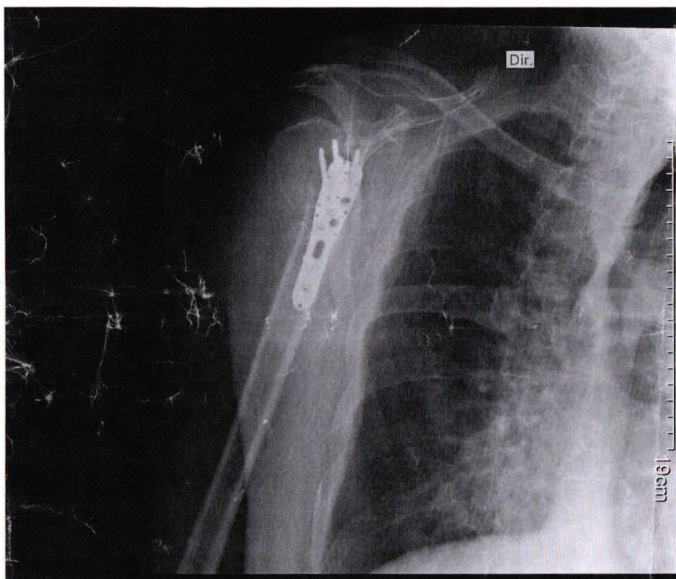
10cm

Escala: 0.1
HMJ



EDSON GOMES DE OLIVEIRA,,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/07/1955
ID: 765855.....

Data de aquis.: 22/04/2019
Hora de aquis.: 09:13:49
Índice de exp.: 1634



OMBRO
LATERAL

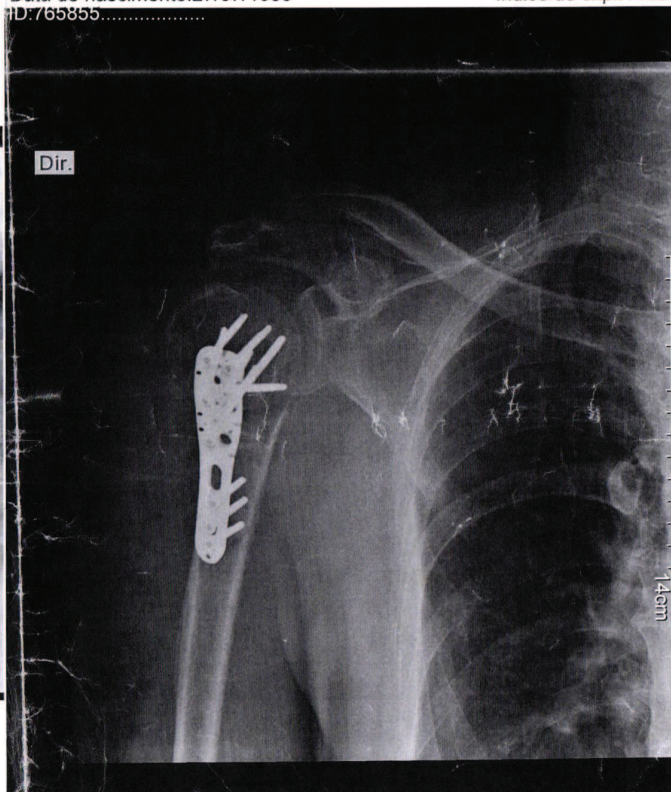
2048
admin

14cm

Escala: 0.0
HMJ

EDSON GOMES DE OLIVEIRA,,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 27/07/1955
ID: 765855.....

Data de aquis.: 22/04/2019
Hora de aquis.: 09:11:28
Índice de exp.: 1408



OMBRO
AP

W: 4096, L: 2048
ID de técnico: admin

10cm

Escala: 0.0
HMJ



DOUTO JUÍZO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OLINDA-PE.

EDSON GOMES DE OLIVEIRA, vem, através de seu advogado, informar e requerer;

O autor na peça exordial apresentou o valor da causa, ocorre, porém, que no momento da distribuição o sistema não salvou o valor da causa.

Assim, requer seja adicionado o valor da causa:

R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais)

Renova também o pedido de GRATUIDADE DA JUSTIÇA.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Olinda, 27 de agosto de 2020.

JOSEVALDO BEZERRA DE MELO - **OAB/PE: 31750**

