



Número: **0038111-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO (AUTOR)		CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69564017	15/10/2020 14:37	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, 26 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228228

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

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,

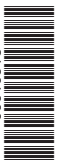
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15893960

Pag. 01829/01830 - carta_01 - INVALIDEZ

00010915





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, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200228228

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Data do Acidente: 09/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000934-2

Conta: 000010064949-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 908.362.604-06 4 - Nome completo da vítima: José Fernando de Oliveira Aquino

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

5 - Nome completo: José Fernando de Oliveira Aquino 6 - CPF: 908.362.604-06
7 - Profissão: Relator 8 - Endereço: TV Guapiana 9 - Número: 780 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barra de Fátima 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54460-490
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98801-5010

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) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0934 2 CONTA: 64 94 9 X 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 (vai 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, Recife, 14 de janeiro de 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE -
DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0112004769**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às
11:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **9/11/2019** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 81 -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO A PIZZARIA SICILIANA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RENE SALU DA SILVA (OUTRO)
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

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

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: TEREZINHA MARIA DE OLIVEIRA AQUINO Pai: MANOEL MONTE DE
AQUINO Data de Nascimento: 1/8/1972 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL

RENE SALU DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

09/12/2019 12:00



VEICULO PLACA: PDQ0388 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:
Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ0388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

MOTOCICLETA PLACA: PCZ9355 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RENE SALU
DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCZ9355** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE É MOTORISTA DE ONIBUS DA LINHA COMPLEMENTAR RECIFE.
QUE ESTAVA VOLTANDO PARA CASA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA PIZARIA
SICILIANA NO BAIRRO DE CANDEIAS, TERIA SIDO ALBARROADO PELO VEICULO DE
PLACA: PDQ0388. QUE O AUTOR TERIA SE EVADIDO DO LOCAL. QUE TERIA SIDO
SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL HAPVIDA DO BAIRRO DO ESPINHEIRO EM
RECIFE ONDE CONSTATAOU FRATURA NO FEMUR. SENDO ASSIM, INFORMA O
OCORRIDO E PEDE PROVIDENCIAS

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


JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURI FERREIRA QUARTE JUNIOR** - Matrícula: **296871-1**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 908.362.604-06 4 - Nome completo da vítima: José Fernando de Oliveira Aquino

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

5 - Nome completo: José Fernando de Oliveira Aquino 6 - CPF: 908.362.604-06
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: TV Guapiana 9 - Número: 780 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Barra de Fátima 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54460-490
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 98801-5010

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) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0934 2 CONTA: 64 94 9 X 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 (vai 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, Recife, 14 de janeiro de 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	06/07/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00934-2

CONTA: 000010064949-1

Nr. da Autenticação F3F9F65AC6D5533A





CTC RECIFE PE 113

FC-11

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
R TV GRUPIARA 780
BARRA DE JANGAD
54460-490 JABOATÃO DOS GU - PE



Postagem: 06/12/2019

Vencimento: 17/12/2019

Emissão: 04/12/2019

7211094230231680000000054750 001219

Fechamento próxima fatura: 04/01/2020

Resumo da fatura em R\$

Saldo da fatura anterior	153,49
Pagamento efetuado em 18/11/2019	153,49
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	211,40
Total desta fatura	211,40

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago

Titular: **JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO**
Cartão: **5484.XXXX.XXXX.5742**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/leia-dobre-fatura-digital

vencimento	A) pagamento total	B) pagamento mínimo	C) parcelas fixas
17/12/2019	211,40	31,72	17,46 +23x 17,46

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar quanto entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	800,00
Limite utilizado no mês	794,40
Retirada de recursos (Pésaque)	160,00
Retirada de recursos (Exteriorização)	800,00

Lançamentos: compras e saques

JOSE F DE O AQUINO (final 5742)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)
11/10	SUPER CÍCLO BICICLO2/04	93,50
14/11	MATUTOS AUTO PECAS01/05	99,00
	VALORES	

Lançamentos no cartão (final 5742) **192,50**

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR (R\$)
15/11	AVALEMERG.CREDITO	18,90

Lançamentos produtos e serviços **18,90**

Total dos lançamentos atuais 211,40

Continua...

Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Caso você não pague a fatura integralmente, haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75645 28177.232528 50451.630003 7 000

Número do Documento: 00264281772/0069813
Nome do Pagador (CPF/CNPJ): JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO - 819.362.604-06
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ): BANCO ITAUCARD S.A - 17.192.451/0001-70
Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALIL, 43, CENTRO - POÁ - SP

Nosso Número
Valor do Documento
Vencimento

recibo do pagador

175/64281772-3
R\$ 211,40
17/12/2019

Autenticação Mecânica



BANCO DO BRASIL
R. SAO MIGUEL, 350
AFOGADOS
RECIFE

- 50770720
- PE



Atenção

Se esta
correspondência
apresentar qualquer
sinal de violação,
ligue imediatamente
para a Central de
Atendimento BB.

|||||
ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
R DOUTOR ADELINO FILHO CASA A, NUMERO 408
AREIAS - 50781120
RECIFE - PE

001544

CT - 11 CTC LEOPOLDINA/SPM 50/59

JK435673184BR

EOO19054.720

ENX - 22



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 04.252.874 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

dox Fernando de Oliveira Aquino inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.362.604-06

do sinistro de DPVAT cobertura Unualidiz da Vítima dox Fernando de Oliveira Aquino

inscrito (a) no CPF sob o Nº 908.362.604 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Doulton Adalberto Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Prados</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50781-120</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 14 de janeiro de 2020

Anderson Lucena de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

12/11/2019 12:47

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	Dt. Nasc.: 10/08/1972	Atendimento: 19227482	Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/6	
Profissional(is): GEORGE BRAGA MUNIZ CRM 28051 [1]		Nº: 15621911	09/11/2019 às 03:44
ANAMNESE			
Queixa Principal	PCTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISAO CARRO X MOTO QUEIXA DOR EM MIE AO EX: LOTE GLASGOW 15 EUPNEICO AUSENCIA DE DOR A PALPACAO ELEMENTOS CERVICAIS POSTERIOR, DOR A FLEXO EXTENSÃO CERVICAL ABDOME LIVRE, PELVE ESTAVEL MIE IMOBILIZADO RX		[1]
Queixa Principal			
CID10	T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		[1]
Alergias	Não		[1]
Medicação Em Uso	Não		[1]
Antecedentes Patológicos Familiar	Não		[1]
Comorbidades	Não		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		[1]
CID10	T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			

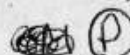


FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
19230724



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL



09/11/2019 10:02:19

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
10541246	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	F	10/08/1972	47
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
4225597 SSP PE	90836260406			1-CASADO
Endereço				
R CRICIUMA 531 BARRA DE JANGADA JABOATAO DOS GUARARAPES-PE CEP:54470000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
9 88868834		TEREZINHA MARIA DE OLIVEIRA AQUINO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
09/11/2019	10:00		
Médico Atendente		Clínica	
4031598 GEORGE BRAGA MUNIZ		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
4031598 GEORGE BRAGA MUNIZ		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano M F D SILVA NETO ME	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
02HRV000004006017		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HE	300541 SALA 01 114-B	05	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
14377783	99996666	D39139567	INTERNACAO
14377783	30725127	D39139567	FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

Nega Tudo.
MIE

R4310RI - ROMARIO JOSE DA SILVA FERREIRA



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/11/2019 14:27

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	Dt. Nasc.: 10/08/1972	Atendimento: 19230724	Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300541/5	
Profissional(is): DANIEL BARRETO DE MATOS, MEDICO, CRM 19433 [1]	Nº: 15626903	09/11/2019	às 14:23

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S723	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S723	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	09/11/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	14:23	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQ ARTROTOMIA DO JOELHO ESQ FASCIOTOMIA DA COXA ESQ RADIOSCOPIA	[1]

Cirurgião	DANIEL NOBRE	[1]
-----------	--------------	-----

Anestesista	CAMILA GUEDES	[1]
-------------	---------------	-----

Instrumentador	ROMENIA	[1]
----------------	---------	-----

Descrição Cirúrgica	1- PCT EM DDH 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 3- INCISAO EM FACE ANTERIOR DO JOELHO ESQ 4- ARTROTOMIA DO JOELHO ESQ - TRANSTENDAO PATELAR 5-PASSAGEM DE INICIALIZADOR 6- CONTROLE COM ESCOPIA 7- FIO GUIA + FASCIOTOMIA + FRESAGEM DO CANAL 12 8- HASTE RETROGRADA DE FEMUR 12/360 9- BLOQUEIO DUPLO DISTAL E PROXIMAL 10- CONTROLE COM ESCOPIA 11- PARAFUSO TAMPAO 12- LIMPEZA COM SF 13- SUTURA POR PLANOS 14- CURATIVO TIPO JONES	[1]
---------------------	---	-----

[Handwritten signature]



FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Assinatura

09/11/19

HE

Paciente

João Fernando de Oliveira Aguiar

Sexo

Cor

Idade

Peso

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Fratura de fêmur AO e ungueal

Horário

13:00

14:00

O₂

N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drugs Usadas

Quantidade

Propofol 150 14ml
Morfina 10mg
Lidocaína 2g
Diprione 2g
Dantroleno 8mg
Dantroleno 1mg

Técnica Anestésica

Propofol
para mediana
a 1ml 256
237

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oximétrico

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Est. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVE

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volêmica IAP Plus

Ensamalhado

☒ Acordado

☒ Sedado

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☒ Apart. Enf.

☐ UTI

☐ Externa

Intensificação

☐ NÃO

☐ SIM

Descrição

Observações

Camila Guedes
Anestesiologista
CRM 19738

Assinatura do Anestesiologista



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0011101611 09/11/2019 às 14:19
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/5 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min/Acesso Periférico	15:00
SORO FISIOLÓGICO	20	ml/Kcal/dia	500ml		
RINGER COM LACTATO	20	ml/Kcal/dia	500ml		
2. CEFALOTINA (1.00g) (015)		1g	1FRAP (FRAP C/ 1GR)	6/6h EV	18:00 : 10/11-00:00 : 10/11-06:00
3. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4ML (SERI C/ 40MG)	24/24h SC	21:00 :
Alta vigilância					
4. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg	2ML (AMPL C/ 10MG)	8/8h EV SN	22:00 : 10/11-06:00
5. TRAMAL (50.00mg/ml)		100 mg	2ML (AMPL C/ 100MG)	8/8h EV	18:00 : 10/11-00:00 : 10/11-06:00
Alta vigilância					
6. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)		1000 mg	2ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h EV	18:00 : 10/11-00:00 : 10/11-06:00
7. PROFENID IV (100.00mg)		100 mg	1FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h EV	18:00 : 10/11-06:00
8. CURATIVO GRANDE		24/24h			06:00 :

Prescrito para o SIND
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

Dr. Edilberto Bezerra
Medicina Intensiva
CRM 24.917

Medicina Intensiva
CRM 24.917

120x80



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0011103705 10/11/2019 às 09:17
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/2 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	14.00 gts/min/Acesso Periférico	
SORO FISIOLÓGICO	20 ml/Kcal/dia	500 ml		Uxw
RINGER COM LACTATO	20 ml/Kcal/dia	500 ml		U5x80
2. CEFALOTINA (1.00g)	Soro Fisiológico	1g	1 FRAP (FRAP C/ 10R) 6/6h EV	T.36.30e
		100 ml	11/11-06:00	
3. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV	U11w
		100 ml	18:00 : 11/11-06:00	
4. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10 mg	2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV	U7w
		18 ml	06:00 : 11/11-06:00	
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	Água Destilada	40 mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV	U4x70
		18 ml	14:00 : 11/11-06:00	
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	100 mg	2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV	U35-10c
		100 ml	11/11-06:00	
7. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000 mg	2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV	U8:00
		18 ml	11/11-06:00	
8. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC	U30x60
9. CURATIVO GRANDE		24/24h		

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

Legenda horário :

Indica item não administrado
Indica item checado

Dr. Edilberto Bezerra
Medicina Intensiva
CRM-EX-917

Dr. Brenda Maria de L. Silva
Medicina Intensiva
CRM-EX-1111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
Convênio: HAPVIDA
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc. 10/08/1972
Nº Prescrição: 11106598
Leito: 114-P212

Atendimento: 19230724
Prontuário: 10541246
Peso: 70,00 kg

1. Hidratação Venosa	Fase Única	20	Vol Total: 1000 ml	14,00 g/dia	Acesso Periférico	CRM-16684
SORO FISIOLÓGICO		20	mKcal/dia 500 ml			
RINGER COM LACTATO		20	mKcal/dia 500 ml			
2. CEFALOTINA (1,00g)	Soro Fisiológico	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	6/6h	EV	CRM-16684
3. PROFENID IV (100,00mg)	Soro Fisiológico	100mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	12/12h	EV	CRM-16684
4. PLAMET (5,00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	CRM-16684
5. OMEPRAZOL (40,00mg)	Água Destilada	40mg	1FRAP (FRAP C/40MG)	24/24h	EV	CRM-16684
6. TRAMAL (50,00mg/ml)	Soro Fisiológico	100mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	CRM-16684
7. NOVALGINA 50MG/ML (500,00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	CRM-16684
8. CLEXANE (40,00mg/ml)	Água Destilada	40mg	0,4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	CRM-16684
9. CURATIVO GRANDE			24/24h			CRM-16684

Profissionais: CRM-16684

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

Dr. José Venancio de Oliveira Junior
Tratamento - Ortopedia e Cirurgia
CRM-16684 - 11/11/2019

RP1541

JOSE VENANCIO DE OLIVEIRA JUNIOR

IP: 10.1.32.209

11/11/2019 08:03



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 2

Emissão 11/11/2019 09:22

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontoário: 10541246
Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0011106598 11/11/2019 às 08:03
Posto: POSTO 2 IANDAR - HE Leito: 114-P2/2 Peso: 70.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	10:00
20	ml/Kcal/dia	500 ml				
20	ml/Kcal/dia	500 ml				
2. CEFALOTINA (1.00g)	Soro Fisiológico	1g	1FRAP (FRAP C/1GR)	6/6h	EV	12:00 : 18:00 : 12/11 - 00:00
			100ml			12/11 - 06:00
3. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100 mg	1FRAP (FRAP C/100MG)	12/12h	EV	18:00 : 12/11 - 06:00
			100ml			
4. PLAMET (5.00mg/1ml)	Água Destilada	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	SN
			18ml			
5. OMEPRAZOL (40.00mg)	Água Destilada	40 mg	1FRAP (FRAP C/40MG)	24/24h	EV	06:00
			18ml			
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico	100 mg	2ML (AMPL C/100MG)	8/8h	EV	14:00 : 22:00 : 12/11 - 06:00
			100ml			
7. NOVALGINA 50MG/ML (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00 : 18:00 : 12/11 - 00:00
			18ml			12/11 - 06:00
8. CLEXANE (40.00mg/ml)		40 mg	0.4ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	20:00
9. CURATIVO GRANDE		24/24h				06:00

Reservado para o SMD
ENTEROFIX Ass.

Legenda horário: ☒ Indica item não administrado.
☐ Indica item checado.

RP-1531

THATIANY ARCANJO MOREIRA

11/11/2019 09:22

IP: 10.1.32.207

Thatiany Arcanjo
Enfermeira
COREN 399122

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

10/11/2019 17:39

Paciente:	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO	Dt. Nasc.:	10/08/1972	Atendimento:	19230724	Prontuário:	10541246
Convênio:	HAPVIDA	Posto:	POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito:	114-P2/2		
Profissional(is):	HANNA EMILÉ RODRIGUES MOTA NICOLAU, MÉDICO, CRM 26633 [1] Nº: 15638665 10/11/2019 às 17:30						

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE NO 1º DPO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO, COM POUCAS QUEIXAS ÁLGICAS, SEM INTERCORRENCIAS [1]

AO EXAME: NEUROVASCULAR PRESERVADO E FO LIMPA E SECA, SEM FLOGOSE

RX CONTROLE EVIDENCIA REDUÇÃO SATISFATÓRIA DE FRATURA E BOM POSICIONAMENTO DE MATERIAL DE SÍNTESE

CD: MANTIDA

Cid10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR [1]

Dra. Hanna Emile
CRM-PE 1984 / CRM-PE 26633
Médica



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

11/11/2019 13:29

Paciente: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO Dt. Nasc.: 10/08/1972 Atendimento: 19230724 Prontuário: 10541246
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/2

Profissional(is): DANIEL BARRETO DE MATOS, MEDICO, CRM 19433 [1] Nº: 15648397 11/11/2019 às 13:29

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PCT EVOLUI ESTAVEL
SEM QUEIXAS
BOA PERFUSAO DISTAL
FO SEM SINAIS FLOGSITICOS

[1]

CD: ALTA HOSPITALAR
CURATIVO DIARIO
ATB
AINE
XARELTO
ANALGESICO
DEAMBULAR
ESTIMULAR MOBILIDADE DO JOELHO
RETORNO COM 21 DIAS
081 986468651

Cid10

S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

[1]

Dr. Daniel Barreto de Matos
Ortop. e Cir. 19433



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1104741890

NOME
JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSOR/UF
4225997 SEP PE

CNPJ
908.362.694-04

DATA NASCIMENTO
01/08/1972

PLACIO
MARCEL MONTES DE AQUINO

ESPOS(A) MARIA DE
OLIVEIRA AQUINO

FUNÇÃO
AC - CAT. HAB.
ZEL

INSCRIÇÃO
01430107401

VALIDADE
30/08/2020

1ª EMISSÃO
11/08/1994

COMENTÁRIOS
Hab Coletivo
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL
JABOTATUBA DOS GUARARAPES - PE

EXPIRAÇÃO
24/08/2015

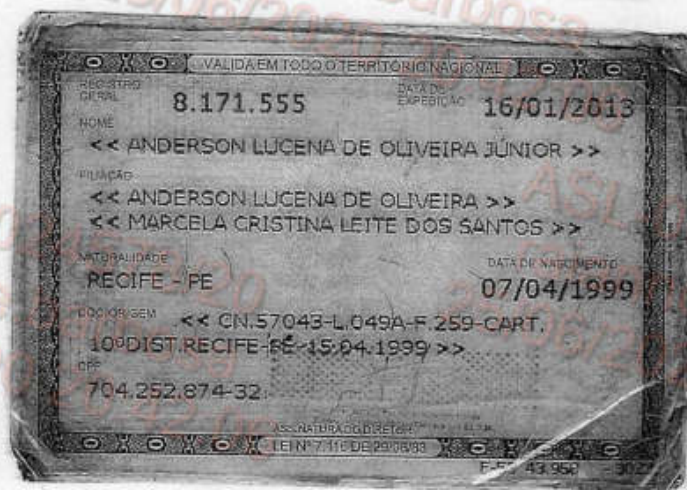
ASSINATURA DO EMISSOR

05151561949
72048235951

DETRAN - PERNAMBUCO

PROBANDO PLATIFICAR
1104741890





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério da Infraestrutura

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 015101282328

VIA 1 **1150352328** **EXERCÍCIO** 2019

RENE GUILHERME DE OLIVEIRA
QAB GUARABUES-PE

049.507.399-01 **PLACA** PQZ9355

*** * * * *** **PE** **19C2X01400R000497**

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300

CAR/ROT/CIL 2E/291CL

CATEGORIA PARTIC

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

ANO FAB. 2018 **ANO MOD.** 2018

COR PREDOMINANTE VERDE

COTA ÚNICA 1 **VENC./COTAS** 1 *****

IPVA 2019 **QUITADO** 2 *****

FAIXA IPVA 3 *****

PREMIO TARIÁRIO (R\$) 80.113 **PREMIO TOTAL (R\$)** 88.845,58 **DATA DE PAGAMENTO** 15/01/19

AL. FID. ADM. CONTR. NAC. HONDA LTDA.
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

02/07/19



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200228228 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 09/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.
AQUINO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE + ARTROTOMIA E FASCIOTMIA + HASTER + PARAFUSOS)
ALTA MÉDICA (P1/4FC/5/11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:	
Nome:	JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO
Nacionalidade:	BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão:	MOTORISTA
Identidade:	4225597 SSP CPF: 908.362.004-06
Endereço:	3ª RUA GUAPIARA BARRA DO JANGUADA - JB
Cobertura:	Invalida Data do Acidente: 09/11/2019

PROCURADOR:	
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR	
Nacionalidade:	BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO	
Identidade:	8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE	

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

10 JAN. 2020

Local e data



Jose Fernando de Oliveira Aquino

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

3º CARTÓRIO DE NOTAS DO JABOATÃO	RUA ARÃO LINS DE ANDRADE, 580 - FIEDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54400-200 TEL.: (81) 3481-0921
Reconheço Por Autenticidade a firma: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO. 10/01/2020 12:02:50 e dou fé. Em test. _____ da verdade. CMTA FLAVIA C. PUGLIESI - Escrevente Autorizada. Emol. R\$3,50, TSNR R\$0,92, FEAC R\$0,41, ISS R\$0,21, FERM R\$ 0,04, FUNSEG R\$0,08 Total R\$5,06. Selo: 0150698.YZQ01202001.00658	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VITIMA:

Nome: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: MOTORISTA

Identidade: 4225597 SSP CPF: 908 362 604-06

Endereço: 3ª RUA GUAPIARA BARRA DE JANGUADA - JB

Cobertura: Invalida Data do Acidente: 09/11/2019

PROCURADOR:

Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO

Identidade: 8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32

Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

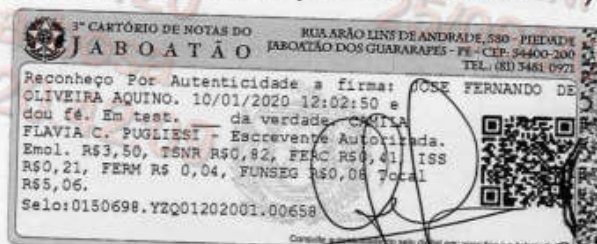
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

10 JAN. 2020

Local e data



Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0176502/20

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF: 908.362.604-06

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO : 908.362.604-06

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: 25/06/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024578/20

Vítima: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF: 908.362.604-06

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 09/11/2019

Titular do CPF: JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

JOSE FERNANDO DE OLIVEIRA AQUINO : 908.362.604-06

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: 17/01/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

