
Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CIPRIANO 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

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 0000067829-6

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



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

636.559.855-68

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

6 - CPF:

636.559.855-68

7 - Profissão:

AUTOMOBILISTA

8 - Endereço:

RUA UM CAXIOLA, 1444

9 - Número:

1444

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CAXIOLA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-000

15 - E-mail:

89.9994P-1977

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☒ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

914

CONTA:

87824

6

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, renunciando e dando, desde já e somente após a elevação 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.

Subscrevo o presente documento de 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Tipo de vítima: ☐ Solteira ☐ Casada (se casado) ☐ Divorciada ☐ Separada judicialmente ☐ Viúva

24 - Graude Parentesco com a vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

rescursos (se sim)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima

tem 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 aos únicos 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

Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura
Assinatura

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 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA, PE, 09/09/2019

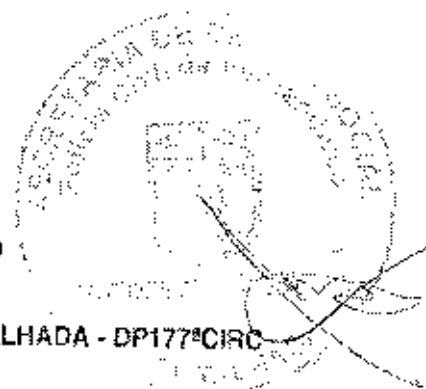
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267003410**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2019** às **18:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/8/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BEIRA RIO, 1, RUA DA LINHA** - Bairro: **ALTO BOM JESUS** -
SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA CARROÇAVEL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**

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

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERONICA MOISES DE LIMA** Pai: **MOISES CIPRIANO** Data de Nascimento: **27/2/1965** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **RUA LINDAURA GOMES GREGORIO, CAXIXOLA, S. TALHADA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CAXIXOLA, 1491 - CEP: 0 - Bairro: CAXIXOLA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KEX8849** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **947067736** Chassi: **9CZJC30703R087964**
Ano: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/CG 125 FAN**

Complemento / Observação

A VITIMA NOTICIA QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO; QUE A VITIMA CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRITO, EM VIA PUBLICA, EM ESTRADA CARROÇAVEL ENTRE OS BAIRROS VILA BELA E BOM JESUS, QUANDO DERRAPOU NA ESTRADA, DEPOIS DE DESVIAR DE ANIMAIS (CACHORROS) SOLTOS NA RUA; QUE A VITIMA VEIO A CAIR E O VEICULO CAIU POR CIMA DA PERNA DA VITIMA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO TORNOZELO ESQUERDO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM PELO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO DE OCORRENCIA Nº 68/2019 - 3º GB - DOP; QUE A VITIMA DEU ENTRADA NO HOSPAM CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGENCIA Nº 103, DE 18/08/2019; QUE ESTAS INFORMAÇÕES FORAM PRESTADAS PELA VITIMA; QUE ESTE REGISTRO DESTINA-SE A GARANTIR FUTUROS DIREITOS, NADA MAIS A RELATAR, ENCERRO.

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

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **WERLOW FONSECA DA SILVA** - Matrícula: 221.769-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ GAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do registro do ASL:

3 - CPF da vítima:

636.559.855-68

4 - Nome completo da vítima:

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo:

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

RUA UM PAIXOLA, 70, AURORA

11 - Bairro:

PAIXOLA

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.900-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

87.4998-5477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ REQUER INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Tipo de conta bancária (informar o tipo de conta e o nome do banco):

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para quem possui conta poupança)

☐ Banco do Brasil (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (Somente para quem possui conta corrente)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

914

CONTA:

87823

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, recebendo-a de imediato, caso eu não tenha optado pelo recebimento do crédito, quitando esta de valor recebida.

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.

soluciona o processo, uma vez que a 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, conforme o art. 14, em me submeter à análise médica prestada, caso houvesse, e, às custas da Seguradora LIDER, para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente do trânsito ocorrido com veículo automotor, conforme disposto na Lei nº 1.941/74.

Declaro que esta subscricção não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso manifeste do meu conhecimento.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Avô ☐ Avó ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Outros

24 - Grau de parentesco com a vítima:

25 - Vítima de sua companhia (seja): ☐ Sim ☐ Não

26 - Se a vítima possui algum outro seguro, informar nome e tipo:

27 - Vítima viva?

☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima é menor, informar:

☐ Sim ☐ Não

29 - Vítima do sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

30 - Vítima do sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

31 - Vítima do sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

32 - Se a vítima é menor, informar:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima do sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

Estou ciente de que a Seguradora LIDER Seguros, ao aceitar a indenização do Seguro DPVAT por morte, indenizará somente os beneficiários nomeados e inscritos em esta condição, tornando-os, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa, na data da publicação, gera a responsabilidade civil por infração ao artigo 296 do Código Penal.

34 - Nome completo da pessoa que assina o pedido (a seguir):

35 - Nome completo da pessoa que assina o pedido (a seguir):

36 - CPF legal da pessoa que assina o pedido (a seguir):

37 - Assinatura da pessoa que assina o pedido (a seguir):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunho:

Assinatura do testemunho:

Assinatura do testemunho:

Assinatura do testemunho:

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA - PE 09/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 VD002/1013

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000067829-6

Nr. da Autenticação 84D35778A93A6A34



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 88 | 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/BIBL/OTECAWEB/DOCORIGINALASPK7TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos dados 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, 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 LT. Nº 5.13/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.445.394 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 636.559.855 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 636.559.855 / 68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-CPVAT, residir no endereço abaixo, sob pena de sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ANTÔNIO LOM DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>56403-220</u>
Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Tel. (DDD): <u>87 9999.1472</u>	
E-mail: <u>gmg@paraguass.com</u>		

Local e Data: SERRA TALHADA-PE 04/11/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
AGÊNCIA LOCAL DE SAÚDE

9961-2111
Jilho
SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA				Nº: 103
Data: 10/05/2019	Hora: 08:02			
Nome: JOSE JACINTO DE VILHENA				
Nome Social:	Profissão: autônomo			
Nascimento: 21/07/1955	Sexo: M	Estado Civil: divorciado		
Escolaridade: 2ª NCM	Responsável: empresa			
Mãe: JOSEFA DE VILHENA				
Endereço: Rua J. J. Vilhena, 100				
Bairro: Centro	Município: São Paulo	UF: SP		
Carteira SUS:	RGIDPE: 000123456789			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela
				Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:	<input checked="" type="checkbox"/> VERMELHO	<input type="checkbox"/> AMARELO	<input type="checkbox"/> VERDE	<input type="checkbox"/> AZUL
-------------------------	--	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Situação/Queixa:

dores no abdômen

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Frec:	Glascow:
-----	--------	------	----	-------	-------	----------

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:
-------------	-----------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

2 anos de dor no abdômen

dores no abdômen

dores no abdômen

Tratamento:

Dor no abdômen + antiácido

Dor no abdômen + analgésico

hipótese Diagnóstica:	Carimbo e Assinatura:
Dor no abdômen	DR. ROSEANE SILVA 15/12/2019

paciente regulado

CONDUTA MEDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residente	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Cópio às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MEDICA

Outras questões:

15/8/19 # ORTOFOTIA
 Wx - FRAT MZ ©

ed - A JAS VICENTE
 TBAI ANALE

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCA | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> RM | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VGH | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lactograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MEDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

ver - notificado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES
3 5 1 6 3 3
4 - CNES
2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
1 6 2 5 2 6 4 7 2 3 4 0 0 0 7
7 - DATA DE NASCIMENTO
27 / 02 / 1965
8 - SEXO
M
9 - Nº DO PRONTUÁRIO
00163910
10 - TIPO DE PACIENTE
PARADO
11 - NOME DA MÃE
VERONICA MOISES DE LIMA
12 - NOME DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA JOAO ALVES FERREIRA N 1432 JOSE RUFINO ALVES
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SERRA TALHADA
15 - CEP
2613909
16 - CID
P E 5 5 9 0 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Presença de dor abdominal, náusea, vômito, febre, diarreia, perda de peso, fadiga, etc.
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de tratamento hospitalar para diagnóstico e tratamento da doença.
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Exames realizados: TAC, Ressonância Magnética, etc.
23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO
Doença de Crohn
24 - CID PRINCIPAL
K58.9
25 - CID SECUNDÁRIO
K58.9
26 - CID DE OUTRAS DOENÇAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04.03.015.0497
29 - CLÍNICA
30 - DATA DE INTERNAÇÃO
31 - DOCUMENTO
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CID)
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Antonio Roberto
34 - DATA DE SOLICITAÇÃO
02/09/99
35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
38 - CNPJ DA SEGURADORA
39 - Nº DO FILHO
40 - RERIL
41 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNPJ DA EMPRESA
44 - CBO
45 - ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
47 - EMPREGADO
48 - EMPREENHADOR
49 - AUTÔNOMO
50 - DESEMPREGADO
51 - ARRECIADO
52 - NÃO REGISTRADO

AUTORIZAÇÃO
53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
54 - Nº DO DOCUMENTO
55 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CID) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
56 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
58 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
02/09 a 04/09/99



NÃO ALÉRGICO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

MÉDICO SOLICITANTE
PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

DATA DE SOLICITAÇÃO
13/08/19 14:48

Nº DE IDENTIFICAÇÃO
611030

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
162526472340007

DATA DE NASCIMENTO
27/02/1965

Nº DO PRECATÓRIO

SEXO
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
VERONICA MOISES DE LIMA

TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO (RUA, AV, BAISPO)
JOAO FERREIRA ALVES, 1441, JOSE RUFINO ALVES

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SERRA TALHADA

CEP (Código de Endereçamento Postal)
2613004-00

UF
PE

CEP

Dados sobre o Transporte

NOME DO TRANSPORTADOR

AMBULÂNCIA

DATA DE ENVIO
01/08/19 07:55

Observação

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE

Regulador

MÉDICO REGULADOR
IDELE DE MELO GOMARÃES CANTALICE

TIPO DE TO
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO
31/08/19 17:32

MÉDICO AUTORIZADOR



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 02/09/2019		Atendimento: 0022158		Quarto/leito: 203 / 1	
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA					
Data Nasc: 27/02/1965		Idade: 54 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: PASTOR		Naturalidade: IRECE		Estado Civil: Casado	
Nome Pai: MOISES CIPRIANO		Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA			
Endereço: RUA JOAO ALVES FERREIRA, 1432		- JOSE RUFINO ALV - SERRA TALHADA - PE			
Telefones: () - / () - / (87) 9994.1213					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>foram portadores de</i> <i>deficiência de audição por</i> <i>doença hereditária - fonoaudiólogo</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>Teste - Waxman MZ ©</i>					
RADI:					
Diagnóstico Final: <i>Teste - Waxman MZ ©</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ()		Aila a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em _____		Data do Internamento: <i>2.9.19</i>			
Hora: _____		Data da Alta: <i>4.9.19</i>			
		Local: _____			
		<div style="text-align: center;"> _____ Médico Responsável </div>			



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 3 5 1 6 3 3

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

00163910

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 2 5 2 6 4 7 2 3 4 0 0 0 7

6 - DATA DO NASCIMENTO

27 / 02 / 1965

7 - SEXO

Masculino

8 - RACIA

Pardo

9 - ENDEREÇO

RUA MNS JOSE KERLLY

10 - NOME DA MÃE

VERÔNICA MAES DE LIMA

11 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 5 9 9 4 1 2 1 3

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 5 9 9 4 1 2 1 3

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA MNS JOSE KERLLY

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

16 - COD. IBGE (MUNICÍPIO)

PE

5 6 9 0 0 0 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de tornozelo (E), com dor e limitação funcional, deformidade, secção da tala e curativo por curativo. Superfície ferida por abrasão da tala e ferimento MIÉ por abrasão da tala e

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Radiografia e exame físico

20 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de tornozelo (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 Códigos Associados

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico - Rót. aberto

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 8106 03 78

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CERTIFICADO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASS. E LIT)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

Antônio Roberto de Freitas

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/10/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO US. REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - Nº DA SEGURADORA

34 - Nº DO B. HELE

35 - SÉRIE

36 - Nº DA SEGURADORA

37 - Nº DO B. HELE

38 - SÉRIE

39 - Nº DA SEGURADORA

40 - Nº DO B. HELE

41 - SÉRIE

42 - Nº DA SEGURADORA

43 - Nº DO B. HELE

44 - SÉRIE

45 - Nº DA SEGURADORA

46 - Nº DO B. HELE

47 - SÉRIE

48 - Nº DA SEGURADORA

49 - Nº DO B. HELE

50 - SÉRIE

51 - Nº DA SEGURADORA

52 - Nº DO B. HELE

53 - SÉRIE

54 - Nº DA SEGURADORA

55 - Nº DO B. HELE

56 - SÉRIE

57 - Nº DA SEGURADORA

58 - Nº DO B. HELE

59 - SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - DOCUMENTO

64 - Nº DOCUMENTO (CERTIFICADO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

65 - Nº DA SEGURADORA

66 - Nº DO B. HELE

67 - SÉRIE

68 - Nº DA SEGURADORA

69 - Nº DO B. HELE

70 - SÉRIE

71 - Nº DA SEGURADORA

72 - Nº DO B. HELE

73 - SÉRIE

74 - Nº DA SEGURADORA

75 - Nº DO B. HELE

76 - SÉRIE

77 - Nº DA SEGURADORA

78 - Nº DO B. HELE

79 - SÉRIE

80 - Nº DA SEGURADORA

81 - Nº DO B. HELE

82 - SÉRIE

No Pereira de Andrade Melo
CPF: 153.722.214-15 DE 02/03

07.10 a 09.10.19

XI GELÉIS



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	DATA DE SOLICITAÇÃO: 25/08/19 11:50
MÉDICO SOLICITANTE: ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS	Nº SOLICITAÇÃO: 028652

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: JOSE CIRIANO DE OLIVEIRA	Nº DO PACIENTE:	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1985	SEXO: MASCULINO
NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL: VERÔNICA MORAES DE LIMA	TELEFONE DE CONTATO:	
ENDEREÇO DA PESSOA RESPONSÁVEL: JOÃO FERREIRA ALVES, 1432, CAXIOLA		
CIDADE DE RESIDÊNCIA: SERRA TALHADA	CPF: 2013808.00	UF: PE

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTES: AMBULÂNCIA	DATA DE PRECISO: 07/10/19 07:28
OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO EXATAMENTE:	

Regulador

MÉDICO REGULADOR: URSON FRANCISCO DE BARROS	
TIPO DE LESÃO: CIRÚRGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 04/10/19 21:40
MÉDICO N.º CHAMADO:	



Hospital São Vicente

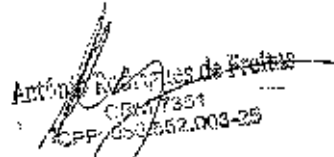
Hospital São Vicente

Data Atend: 07/10/2019	Atendimento: 0024284	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Data Nasc: 27/02/1965	Idade: 54 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: PASTOR	Naturalidade: IRECE	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: MOISES CIPRIANO	Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA	
Endereço: RUA MNS JOSE KERLLY, 383 CASA		- IPSEP - SERRA TALHADA - PE
Telefones: () / () / (87) 9994.1213		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
Fratura de tornozelo @ com dor e limitação funcional - 2nd artroscópio e em fase de cicatrização e		
Diagnóstico Inicial: Fratura de tornozelo @ / Max. Feito		
SADT:		
Diagnóstico Final: Fratura de tornozelo @		
Condição de Alta	Motivo da Alta	
Melhorada (x)	Descição Médica (x)	Data do Internamento: 07/10/19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 09/10/19
Piorando ()	Transferência ()	Local:
Obito + 48h ()	Evasão ()	Dr. Aureliano Amador de Carvalho
Obito - 48h ()	Indisposição ()	Ortopedia - Traumatologia
Obito em / /		Oncofisiologia
Hora: / /		CRM-PE: 16558
		Medico Responsável



HOSPITAL SÃO VICENTE

Hospital São Vicente

Data Atend: 07/10/2019	Atendimento: 0024284	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Cirurgia Realizado: <i>Dr. Francisco</i> <i>TVZ E.</i>	N. do Procedimento: <i>0408060379</i>	
Data: <i>08/10/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>Radio</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Salvador</i>		
DESCRIÇÃO CIRURGICA: <i>Del pus fazer pericoma</i> <i>ALIE, fazer face lateral TVZ</i> <i>e fazer plástica por plástica</i> <i>do abdomen e Dr. Francisco</i> <i>verificar mda e mda, beber</i> <i>e creativo com Radio 107m</i>		
<div style="text-align: right;"> Antônio Rodrigues da Freitas CRM 77351 CPF 050.552.003-25 Assinatura do Cirurgião</div>		



Dr. Ebenone A. da Silva

Ortopedista e Traumatologista

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA

Paciente vítima de acidente com motocicleta, no dia 18/08/2019 no município de Serra Talhada-PE. Após o acidente foram feitos exames de imagem no HOSPAM, evidenciando fratura e luxação em tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico para osteossíntese no Hospital São Vicente dia 02/09/2019.

Após sua alta e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje, sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, apresenta como sequela: Dor e edema em tornozelo esquerdo, limitação por dor para pisar no chão, limitação para ficar de cócoras e realizar movimentos rápidos, como correr.

No momento apresentando déficit funcional em 50% e déficit laboral em 50% para suas funções trabalhistas como comerciante.

Serra Talhada, 10 de dezembro de 2019.

Dr. Ebenone A. da Silva
Médico
CRM-PE 31515

 (87) 3831-8446 | 9. 9916-0112

 Rua: Joaquim Godoy, Nº 393

 cem_st@hotmail.com

CEM

CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS



Yours truly,
 Wm. H. Burleigh

100

THE JOURNAL OF THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

100

2000

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY



李 文 華

www.pearsoned.com

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

62-116749-1/4-61 p. 1

11-11-76

REPUBLICA DE PERU MINISTERIO DE INTERIOR DIRECCION NACIONAL DE VIGILANCIA	
GEORGE CARLOS MELO LIMA	
	DNI: 1482661243 SEX: M DATE OF BIRTH: 06/06/1978 PLACE OF BIRTH: PUNTA ARENAL, PUNTA ARENAL, PUNTA ARENAL
	FATHER: CARLOS MELO LIMA MOTHER: MARIA DEL CARMEN MELO
	SIGNATURE: 
	IDENTIFICATION: 1482661243
PERU, PUNTA ARENAL, PUNTA ARENAL	
PERNAMBUCO	

[illegible][illegible]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190625141 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 4/11_CIRÚRGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3º GS - DOP

Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 433, - Bairro Cochoeira II, Serra Talhada/PE



SERRA TALHADA-PE, 19 de setembro de 2019.

WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS
Cap BM Resp. pelo Comando do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 99 / 2019 - 3º GB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **GEORGE CARLOS MELO LIMA, RG 5840553 556/PE, CPF 008.473.324-20**, residente à Rua Antônio Romê de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emita-se a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura A3 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 22:16h do dia 18 de agosto de 2019, comandada pelo CB QBMG 1/707392-5 **ADRIARDO JOSÉ DE ARAÚJO JÚNIOR, para uma ocorrência de APH (QUEÇA DE MOTOCICLETA), nº 5 (1284679)**, sendo vítima o Sr. **JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA, RG 2859128 505/PE, CPF 636.556.845-58**, o qual declarou que conduzia uma motocicleta marca/modelo **HONDA/CG 125 FAN, PLACA KIX-8849**, cinza, no momento em que houve a colisão. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Roca Rio, S/N, Alto do Bom Jesus, Serra Talhada-PE, e a vítima não apresentava lesões aparentes. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **EBENONE SILVA, CRM 15122**, prontuário 103.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela S/O QBMG 1/712240-6 **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/8M 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e respondendo pelo Comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 5900000063.002738/2019-06



Documento assinado eletronicamente por **THAMARA ANGELICA BENVENUTO LEITE**, em 19/09/2019, às 10:56, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 20/09/2019, às 12:22, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site https://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=424421831na_sistem informando o código verificador 3375192 e o código CRC 8AF8A551

Procuração

Para proferir o presente instrumento particular de procuração, o notário abaixo qualificado compareceu ao Cartório, munido de todos os documentos necessários, e, em seguida, assinou o presente instrumento, em presença de duas testemunhas, e, em seguida, assinou o presente instrumento, em presença de duas testemunhas.

1. Outorgante

Identificação do Outorgante: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/2019 (número da OPI) e 11/10/2019 (residência do
 Outorgante) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 nascido em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA

2. Outorgado

Identificação do Outorgado: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/2019 (número da OPI) e 11/10/2019 (residência do
 Outorgado) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 nascido em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 em 12/10/1968 (data de nascimento) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA

Amplas poderes para outorgar todas as atos necessários e jurídicos que se fizerem necessários, na
 representação e administração dos bens e coisas e cumprir todas as obrigações e deveres, e
 especialmente para apresentar e defender nos FÓRUMS DE AUTORIZADO DE PARLAMENTO

JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA (assinatura) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA (assinatura)

Outorgante

— CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE —
 Titular: REGINALDO ALVES DA SILVA
 Matrícula: 1471/2019-002

Recolheu-se a 12/10/2019 por JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 Outorgante: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 Outorgado: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 Lúcia de Souza-Silvestre (assinatura) JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA
 D. 20. FERR-PE 0.40. FERR-PE 0.04. FERR-PE 0.08. FERR-PE

Selo: OCT4072 CRR08201902.01951 05/09/2019 16:03:08
 Consulte autenticidade em www.tpo.jus.br/selo-digital

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0389545/19

Número do Sinistro: 3190625141

Vítima: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

CPF: 636.559.855-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/12/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES