



Número: **0001312-43.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **24/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (AUTOR)	ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72621 365	16/12/2020 13:03	<u>ANEXO 1</u>	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, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15086250

Pag. 00521/00522 - carta_01 - INVALIDEZ



00020261



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 1



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, 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 inscrição

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 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

B25 00082/00084 - 2012 08 - INV/1 IDEZ



Carta n° 15310815



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do síntese ou ASU: **636.554.855-68** 3 - CPF da vítima: **636.554.855-68** 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA**

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA	636.554.855-68		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUTOMOTIVO	RUA UM CAXIOLA TV AURORA	1444	CASA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CAXIOLA	SERRA TALHADA	PE	56.900-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (82) 93848-1417		

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 - CRM do Representante Legal.

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$9.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS DA CONTA (BANCO): 22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: 23 - REPRESENTANTE LEGAL DA BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (CURADOR/PAIS)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente essa opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **014**

CONTA: **67829**

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autógrafo da Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, remunerando e dando, desse já e seguinte após a efetivação do crédito, multa 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 enro imposibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indemnização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), visto que:

- Não há IML que atenda o registo 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.

Sou知晓 o prazo para a análise do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, por invalidade 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 instâncias da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo a motor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que essa autorização não significa prévia cor condânea com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso desfeita da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Morto:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> União estável	<input type="checkbox"/> União informal
-------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	--	---

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: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> Se tinha filhos, informar: 29 - Se tinha filhos, informar: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> Seu nome: _____	30 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> seu nome: _____	31 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> Seu nome: _____	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> Seu nome: _____	33 - Vítima deixou: <input type="checkbox"/> Sén <input type="checkbox"/> Seu nome: _____
<input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	<input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:

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

34 - Inscrição de digito de identificação de validade para validação de 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 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **SERRA TALHADA, PE 09/09/2019**

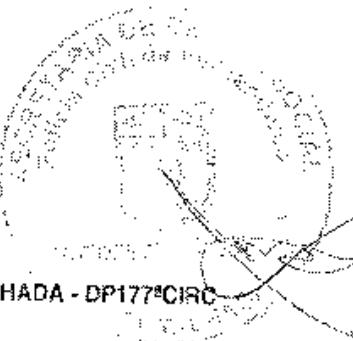
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **José Cipriano de Oliveira**

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.DD1.V007/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177^ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177^º CIRC
DINTER2/21^º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0267003410

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/8/2019** 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 (AUTOH / AGENTE)
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA (VITIMA)

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** Mé: **VERONICA MOISES DE LIMA** Pai: **MOISES CIPRIANO** Data de Nascimento: **27/2/1965** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** /
Residencia: **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: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone do 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 PAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIX6849** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Reclamam: **947067736** Chassi: **SC2JC30708RD87964**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **HONDA/CG 125 PAN**

Complemento / Observação



A VITIMA NOTICIA QUE SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO; QUE A VITIMA CONDUZIA O VEICULO ACIMA DESCRITO, EM VIA PÚBLICA, 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 PERNAS DA VITIMA; QUE A VITIMA SOFREU LESÃO NO TORNozELO ESQUERDO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO CORPO DE BOMBEIROS, CONFORME CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 69/2019 -3º GB - DOP; QUE A VITIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL CONFORME BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA N° 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

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

2 - RG do segurado ou PSC: 3 - CPF do segurado: 636.559.855-68 4 - Nome completo do(a) titular: JOSE C. PRIANO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:	JOSE C. PRIANO DE OLIVEIRA		6 - CNPJ:	636.559.855.68	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
AUTÔNOMO	RUA DMR CAXIOLA 70 AURORA	1444	CASA		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	56.900-000	
CAXIOLA	SERRA DA TALHA	PE		83-99998-1492	
15 - Email:					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAO, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM DURADOURA

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal

19 - Telefone do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, confirmo e comprovo anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECEU INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO DE CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANCA (conta para bancos, ag. de vencimento)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (títulos e bens)
--	--

Bancos (25) Igreja (34)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914

CONTA: 64829

AGÊNCIA: CONTA:

[Inserir o digito oculto]

[Inserir o digito oculto]

[Inserir o digito oculto]

[Inserir o digito oculto]

Autenticação Seguradora Lider à credito na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização referente ao Seguro DPVAT e que se, em direito, não devendo o devido, cessa o pagamento após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AuséNcIA DE LAUDo DE INr - PRENCHIMENTO SÓMEnTE 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 recolhimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), ante os motivos:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido, coloca o prazo em análise de meus pedidos de indenização do Seguro DPVAT por invalides permanente, com base na data de intenção médica da apresentação de seu laudo, independentemente de sua data de realização, desde que, em me submeter à atestado médico prestando, caso necessário, as explicações e informações que sejam necessárias à quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente, de trânsito causado por veículos automóveis, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autodeclaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição de direito de receber a indenização médica, caso permaneça meu conceito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SÓMEnTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Seu nome completo:	26 - Vítima de seu conhecimento:	27 - Seu nome de seu conhecimento, informar o nome completo:
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não

28 - Vítima:	29 - Seu nome:	30 - Vítima:	31 - Vítima:	32 - Seu nome:	33 - Vítima:
<input type="checkbox"/> Sim	Informar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Sim	Informar	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não	Vítima	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Vítima	<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider, segurado, sou devidamente informado do Seguro DPVAT por meio das informações que se apresentarem e permanecem em vigor, bem como, de que, devido ao motivo da cobertura da indenização, o beneficiário poderá ganhar a sua pensão de subsistência ou não terceitá-la, salvo em responsabilidade civil por infração ao artigo 295 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO
Iniciou-se
a alfabeto
entre os
anos de 1940
e 1960

34 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo)

35 - CPF (legal) de quem assina o pedido (a rogo)

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

37 - Nome:
CPF:

Assinatura do testemunha

38 - Nome:
CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Assinatura:
SERRA DA TALHA DO PE 09/03/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FMS.001 V002/1013

TESTEMUNHAS



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 8

CELESTE

DISCUSSION CLEARED
JULY 17 1969 BY G. J. WILSON

PRAGMATIC ASPECTS OF THE VERB
NOTWITHSTANDING

•SF. 220.006 2014-06

САКИДА АСАХИКА ОН НИДЕРЛАНДЫЯ
ДО ГОДА 1945: ИСТОРИЧЕСКАЯ
БИБЛИОГРАФИЯ

experiments
of FESTIVAL
at ECF 1980

5-0011928813

1973-07-17B | GENE | 1973-07-17B

22/08/2019 13:08:20

卷之三

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

Quando o dia
Aprendendo a ser livre.
vou a um restaurante italiano.
KIDS Entraços 304-3676888-103098
Mais de 1000 lojas
Junto com a COST 974-150910
ou a loja KIDS 304-3676888-103098

[...read more](#) [View Details](#) [Buy Now](#)

*

10/16/2014 10:10:00

ESTRUCTURA DE CONSUMO EN MÉJICO

	Wert	Wert	Wert
1	Wert 1.01	Wert 1.02	Wert 1.03
2	Wert 2.01	Wert 2.02	Wert 2.03
3	Wert 3.01	Wert 3.02	Wert 3.03
4	Wert 4.01	Wert 4.02	Wert 4.03
5	Wert 5.01	Wert 5.02	Wert 5.03
6	Wert 6.01	Wert 6.02	Wert 6.03
7	Wert 7.01	Wert 7.02	Wert 7.03
8	Wert 8.01	Wert 8.02	Wert 8.03
9	Wert 9.01	Wert 9.02	Wert 9.03
10	Wert 10.01	Wert 10.02	Wert 10.03

	2008/09	2007/08	% CHG.
2008/09	\$2,000	\$1,900	+5.2%
2007/08	\$1,900	\$1,800	+5.6%
2006/07	\$1,800	\$1,700	+5.9%
2005/06	\$1,700	\$1,600	+6.2%
2004/05	\$1,600	\$1,500	+6.7%
2003/04	\$1,500	\$1,400	+7.1%
2002/03	\$1,400	\$1,300	+7.7%
2001/02	\$1,300	\$1,200	+8.3%
2000/01	\$1,200	\$1,100	+9.1%
1999/2000	\$1,100	\$1,000	+10.0%
1998/1999	\$1,000	\$900	+11.1%
1997/1998	\$900	\$800	+12.5%
1996/1997	\$800	\$700	+14.3%
1995/1996	\$700	\$600	+16.7%
1994/1995	\$600	\$500	+20.0%
1993/1994	\$500	\$400	+25.0%
1992/1993	\$400	\$300	+33.3%
1991/1992	\$300	\$200	+50.0%
1990/1991	\$200	\$100	+100.0%

	MEAN	MINIMUM	MAXIMUM	STANDARD DEVIATION	VARIANCE	MEAN
1	21.5	24	25	2.5	6.25	21
2	11.0	10	12	1.5	2.25	11
3	5.0	4	6	1.0	1.00	5





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 identidades e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 84

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiencias auditivas 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 estabelecido na Circular número 445/12, disponibilizado no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular Susep nº 445/12, que trata de 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 da identificação pessoal, informações acerca da profissão e de fato de renda mensal, além da respectiva comprovação.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por não ter cumprido a exigência da referida Circular, está sujeito à passível de comunicação ao CNPf.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSURA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, EM PONTO FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.513/98.

Pelo exposto, eu George Carlos Melo Lima,
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.384-29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário
José Cipriano de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 636.559.855-68,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE, da Vítima José Cipriano de Oliveira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 636.559.855-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;
Descrição Profissão: REPUSO, Renda: RECURSO e acrescente os documentos comprobatórios:
 Retuso Informar

Declaro ainda, sob os pares da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-CPVAT, 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>Antônio Tomé de Souza</u>	Tel/Mar: <u>5723</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>São Cristóvão</u>	Estados: <u>PE</u>	CEP: <u>56.903-220</u>
Cidade: <u>SERRA TAHADA</u>		DDD: <u>(87) 99998-1472</u>
E-mail: <u>georgecarlosmelo@redemcom.com</u>		

Local e Data:

SERRA TAHADA-PE 04/11/2019
George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

DILDRJ-001-V001/2017

HOSPITAL
SUS

9961-2111-6

BOLETO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA No. 103

Data: 10/12/2020	Hora: 13:00	No.			
Nome: Yves Jimman de Melo		103			
Nome Social:	Profissão: Autônomo				
Nascimento: 01/02/1985	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro			
Escolaridade: 2º Ano	Residência: Rua 212				
Mae:					
Pai:					
Bairro: Centro	Município: Rio Branco	fone: 0-0000-1234			
Código SUS:	CPF: 00000000000				
Raça Cor:	Branca	Preta	Vermelha	Amarela	Indígena
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Situação/Queixa:					
PA:	P脉:	HGT:	T:	SPO2:	Peso: Glasgow:
Medicamentos em uso:					
Intolerâncias/Alergias:					
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:				

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Liquoroso *doença de* *laringite*
laringite *de* *laringite* *de* *laringite*

Tratamento:

Antibiotico *o* *Brilhante* *o* *vitamina*
o *Desamido* *o* *vitamina*

Hipótese Diagnóstica:

Pneumonia *o* *laringite*
paciente *negativo*

Carimbo e Assinatura:

DR. FERNANDO JOSÉ DA SILVA
 DR. FERNANDO JOSÉ DA SILVA



CONSULTA MEDICA

Destino do Paciente:	Interno	Residência	Transferido	Evacuo
Removido para o hospital:				
Obito às:	hrs do dia			
Carimbo e Assinatura:				

OBSERVACAO MEDICA

Outras queixas:

13/8/19 + ORTOPÓDISTA
Yves FRANC MZ (C)
es - A JES VIDENTE
DIA / ANO: 11/11/19 M

Exames Solicitados:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input checked="" type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> RM | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VERL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Coagulação | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leptograma | <input type="checkbox"/> Eletro | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> Uro | <input type="checkbox"/> |

PREScriÇÃO MEDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

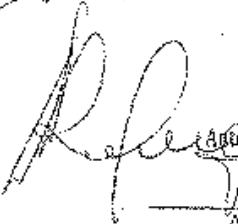
res - notificado



SUS	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE						2 - DIAS 2 - 3 5 1 6 3 3 4 - CRÉDITOS 2 - 3 5 1 6 3 3	
Identificação do Paciente 1 - NOME DO PACIENTE JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA						8 - N° DO PRONTUÁRIO CD0163910	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 1 6 2 1 5 2 1 6 4 7 2 3 4 0 0 0 7 27 / 02 / 1965 MÊS IX FAM. 3 PARENTE						10 - ENDERECO RUA JOÃO ALVES FERREIRA N 1432 JOSE RUFINO ALVES	
11 - NOME DA MÃE VERONICA MOISES DE LIMA						12 - TELEFONE DE CONTATO 8 17 9 9 5 4 1 2 1 1 1 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - FONE/CODE/COMUTADORES DE TELEFONE	
15 - ENDERECO (RUA, Nº, BARRA)						16 - COD. INIC. MUNICÍPIO 2613909 P. E 56.910.000.00	
RUA JOÃO ALVES FERREIRA N 1432 JOSE RUFINO ALVES						17 - CEP	
18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA						19 - COD. INIC. MUNICÍPIO 18-12	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						21 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<p><i>Exaferencia febril e gripal M16, olefantídeo</i></p> <p><i>Hipotensão arterial 90/60, Calor, dor e</i></p> <p><i>Hipotensão arterial 90/60 M16</i></p>							
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO						<p><i>Necessidade de tratamento</i></p>	
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVADAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)						<p><i>Exaferencia febril e gripal</i></p>	
24 - SUSPEITA PRINCIPAL						25 - CID PRINCIPAL	
26 - CID SEUNDÁRIO						27 - CID CAUSAS ASSOCIADAS	
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Atendente</i>						29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0410 00501497	
30 - CARACT. DA INTERNAÇÃO						31 - DOCUMENTO 1 - CNH 2 - CTP	
32 - NOME DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ASSISTENTE ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR						33 - NÚMERO DO DOCUMENTO (Nº CÓDIGO) DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ASSISTENTE 7387 16/09/99	
34 - DATA DE SOLICITAÇÃO						35 - ASSINATURA E CARVÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						37 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
38 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO						39 - CNPJ DA SEGURADORA	
39 - 2 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO						40 - N° DO RILHÃO	
40 - 3 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO						41 - RÉGIM.	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO 2 - EMPRESADOR 3 - AUTONÔMO 4 - DESPROVIDO						42 - CNPJ DA EMPRESA	
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO 2 - EMPRESADOR 3 - AUTONÔMO 4 - DESPROVIDO						44 - CÓD.	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						46 - COD. ORGÃO EMISSOR	
47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						48 - DOCUMENTO (Nº CÓDIGO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - DOCUMENTO (1 - CNH 2 - CPF)						50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1 - 1 2 - 2 3 - 3 4 - 4 5 - 5 6 - 6 7 - 7 8 - 8 9 - 9 10 - 10 11 - 11 12 - 12 13 - 13 14 - 14 15 - 15 16 - 16 17 - 17 18 - 18 19 - 19 20 - 20 21 - 21 22 - 22 23 - 23 24 - 24 25 - 25 26 - 26 27 - 27 28 - 28 29 - 29 30 - 30 31 - 31 32 - 32 33 - 33 34 - 34 35 - 35 36 - 36 37 - 37 38 - 38 39 - 39 40 - 40 41 - 41 42 - 42 43 - 43 44 - 44 45 - 45 46 - 46 47 - 47 48 - 48 49 - 49 50 - 50 51 - 51 52 - 52 53 - 53 54 - 54 55 - 55 56 - 56 57 - 57 58 - 58 59 - 59 60 - 60 61 - 61 62 - 62 63 - 63 64 - 64 65 - 65 66 - 66 67 - 67 68 - 68 69 - 69 70 - 70 71 - 71 72 - 72 73 - 73 74 - 74 75 - 75 76 - 76 77 - 77 78 - 78 79 - 79 80 - 80 81 - 81 82 - 82 83 - 83 84 - 84 85 - 85 86 - 86 87 - 87 88 - 88 89 - 89 90 - 90 91 - 91 92 - 92 93 - 93 94 - 94 95 - 95 96 - 96 97 - 97 98 - 98 99 - 99 100 - 100 101 - 101 102 - 102 103 - 103 104 - 104 105 - 105 106 - 106 107 - 107 108 - 108 109 - 109 110 - 110 111 - 111 112 - 112 113 - 113 114 - 114 115 - 115 116 - 116 117 - 117 118 - 118 119 - 119 120 - 120 121 - 121 122 - 122 123 - 123 124 - 124 125 - 125 126 - 126 127 - 127 128 - 128 129 - 129 130 - 130 131 - 131 132 - 132 133 - 133 134 - 134 135 - 135 136 - 136 137 - 137 138 - 138 139 - 139 140 - 140 141 - 141 142 - 142 143 - 143 144 - 144 145 - 145 146 - 146 147 - 147 148 - 148 149 - 149 150 - 150 151 - 151 152 - 152 153 - 153 154 - 154 155 - 155 156 - 156 157 - 157 158 - 158 159 - 159 160 - 160 161 - 161 162 - 162 163 - 163 164 - 164 165 - 165 166 - 166 167 - 167 168 - 168 169 - 169 170 - 170 171 - 171 172 - 172 173 - 173 174 - 174 175 - 175 176 - 176 177 - 177 178 - 178 179 - 179 180 - 180 181 - 181 182 - 182 183 - 183 184 - 184 185 - 185 186 - 186 187 - 187 188 - 188 189 - 189 190 - 190 191 - 191 192 - 192 193 - 193 194 - 194 195 - 195 196 - 196 197 - 197 198 - 198 199 - 199 200 - 200 201 - 201 202 - 202 203 - 203 204 - 204 205 - 205 206 - 206 207 - 207 208 - 208 209 - 209 210 - 210 211 - 211 212 - 212 213 - 213 214 - 214 215 - 215 216 - 216 217 - 217 218 - 218 219 - 219 220 - 220 221 - 221 222 - 222 223 - 223 224 - 224 225 - 225 226 - 226 227 - 227 228 - 228 229 - 229 230 - 230 231 - 231 232 - 232 233 - 233 234 - 234 235 - 235 236 - 236 237 - 237 238 - 238 239 - 239 240 - 240 241 - 241 242 - 242 243 - 243 244 - 244 245 - 245 246 - 246 247 - 247 248 - 248 249 - 249 250 - 250 251 - 251 252 - 252 253 - 253 254 - 254 255 - 255 256 - 256 257 - 257 258 - 258 259 - 259 260 - 260 261 - 261 262 - 262 263 - 263 264 - 264 265 - 265 266 - 266 267 - 267 268 - 268 269 - 269 270 - 270 271 - 271 272 - 272 273 - 273 274 - 274 275 - 275 276 - 276 277 - 277 278 - 278 279 - 279 280 - 280 281 - 281 282 - 282 283 - 283 284 - 284 285 - 285 286 - 286 287 - 287 288 - 288 289 - 289 290 - 290 291 - 291 292 - 292 293 - 293 294 - 294 295 - 295 296 - 296 297 - 297 298 - 298 299 - 299 300 - 300 301 - 301 302 - 302 303 - 303 304 - 304 305 - 305 306 - 306 307 - 307 308 - 308 309 - 309 310 - 310 311 - 311 312 - 312 313 - 313 314 - 314 315 - 315 316 - 316 317 - 317 318 - 318 319 - 319 320 - 320 321 - 321 322 - 322 323 - 323 324 - 324 325 - 325 326 - 326 327 - 327 328 - 328 329 - 329 330 - 330 331 - 331 332 - 332 333 - 333 334 - 334 335 - 335 336 - 336 337 - 337 338 - 338 339 - 339 340 - 340 341 - 341 342 - 342 343 - 343 344 - 344 345 - 345 346 - 346 347 - 347 348 - 348 349 - 349 350 - 350 351 - 351 352 - 352 353 - 353 354 - 354 355 - 355 356 - 356 357 - 357 358 - 358 359 - 359 360 - 360 361 - 361 362 - 362 363 - 363 364 - 364 365 - 365 366 - 366 367 - 367 368 - 368 369 - 369 370 - 370 371 - 371 372 - 372 373 - 373 374 - 374 375 - 375 376 - 376 377 - 377 378 - 378 379 - 379 380 - 380 381 - 381 382 - 382 383 - 383 384 - 384 385 - 385 386 - 386 387 - 387 388 - 388 389 - 389 390 - 390 391 - 391 392 - 392 393 - 393 394 - 394 395 - 395 396 - 396 397 - 397 398 - 398 399 - 399 400 - 400 401 - 401 402 - 402 403 - 403 404 - 404 405 - 405 406 - 406 407 - 407 408 - 408 409 - 409 410 - 410 411 - 411 412 - 412 413 - 413 414 - 414 415 - 415 416 - 416 417 - 417 418 - 418 419 - 419 420 - 420 421 - 421 422 - 422 423 - 423 424 - 424 425 - 425 426 - 426 427 - 427 428 - 428 429 - 429 430 - 430 431 - 431 432 - 432 433 - 433 434 - 434 435 - 435 436 - 436 437 - 437 438 - 438 439 - 439 440 - 440 441 - 441 442 - 442 443 - 443 444 - 444 445 - 445 446 - 446 447 - 447 448 - 448 449 - 449 450 - 450 451 - 451 452 - 452 453 - 453 454 - 454 455 - 455 456 - 456 457 - 457 458 - 458 459 - 459 460 - 460 461 - 461 462 - 462 463 - 463 464 - 464 465 - 465 466 - 466 467 - 467 468 - 468 469 - 469 470 - 470 471 - 471 472 - 472 473 - 473 474 - 474 475 - 475 476 - 476 477 - 477 478 - 478 479 - 479 480 - 480 481 - 481 482 - 482 483 - 483 484 - 484 485 - 485 486 - 486 487 - 487 488 - 488 489 - 489 490 - 490 491 - 491 492 - 492 493 - 493 494 - 494 495 - 495 496 - 496 497 - 497 498 - 498 499 - 499 500 - 500 501 - 501 502 - 502 503 - 503 504 - 504 505 - 505 506 - 506 507 - 507 508 - 508 509 - 509 510 - 510 511 - 511 512 - 512 513 - 513 514 - 514 515 - 515 516 - 516 517 - 517 518 - 518 519 - 519 520 - 520 521 - 521 522 - 522 523 - 523 524 - 524 525 - 525 526 - 526 527 - 527 528 - 528 529 - 529 530 - 530 531 - 531 532 - 532 533 - 533 534 - 534 535 - 535 536 - 536 537 - 537 538 - 538 539 - 539 540 - 540 541 - 541 542 - 542 543 - 543 544 - 544 545 - 545 546 - 546 547 - 547 548 - 548 549 - 549 550 - 550 551 - 551 552 - 552 553 - 553 554 - 554 555 - 555 556 - 556 557 - 557 558 - 558 559 - 559 560 - 560 561 - 561 562 - 562 563 - 563 564 - 564 565 - 565 566 - 566 567 - 567 568 - 568 569 - 569 570 - 570 571 - 571 572 - 572 573 - 573 574 - 574 575 - 575 576 - 576 577 - 577 578 - 578 579 - 579 580 - 580 581 - 581 582 - 582 583 - 583 584 - 584 585 - 585 586 - 586 587 - 587 588 - 588 589 - 589 590 - 590 591 - 591 592 - 592 593 - 593 594 - 594 595 - 595 596 - 596 597 - 597 598 - 598 599 - 599 600 - 600 601 - 601 602 - 602 603 - 603 604 - 604 605 - 605 606 - 606 607 - 607 608 - 608 609 - 609 610 - 610 611 - 611 612 - 612 613 - 613 614 - 614 615 - 615 616 - 616 617 - 617 618 - 618 619 - 619 620 - 620 621 - 621 622 - 622 623 - 623 624 - 624 625 - 625 626 - 626 627 - 627 628 - 628 629 - 629 630 - 630 631 - 631 632 - 632 633 - 633 634 - 634 635 - 635 636 - 636 637 - 637 638 - 638 639 - 639 640 - 640 641 - 641 642 - 642 643 - 643 644 - 644 645 - 645 646 - 646 647 - 647 648 - 648 649 - 649 650 - 650 651 - 651 652 - 652 653 - 653 654 - 654 655 - 655 656 - 656 657 - 657 658 - 658 659 - 659 660 - 660 661 - 661 662 - 662 663 - 663 664 - 664 665 - 665 666 - 666 667 - 667 668 - 668 669 - 669 670 - 670 671 - 671 672 - 672 673 - 673 674 - 674 675 - 675 676 - 676 677 - 677 678 - 678 679 - 679 680 - 680 681 - 681 682 - 682 683 - 683 684 - 684 685 - 685 686 - 686 687 - 687 688 - 688 689 - 689 690 - 690 691 - 691 692 - 692 693 - 693 694 - 694 695 - 695 696 - 696 697 - 697 698 - 698 699 - 699 700 - 700 701 - 701 702 - 702 703 - 703 704 - 704 705 - 705 706 - 706 707 - 707 708 - 708 709 - 709 710 - 710 711 - 711 712 - 712 713 - 713 714 - 714 715 - 715 716 - 716 717 - 717 718 - 718 719 - 719 720 - 720 721 - 721 722 - 722 723 - 723 724 - 724 725 - 725 726 - 726 727 - 727 728 - 728 729 - 729 730 - 730 731 - 731 732 - 732 733 - 733 734 - 734 735 - 735 736 - 736 737 - 737 738 - 738 739 - 739 740 - 740 741 - 741 742 - 742 743 - 743 744 - 744 745 - 745 746 - 746 747 - 747 748 - 748 749 - 749 750 - 750 751 - 751 752 - 752 753 - 753 754 - 754 755 - 755 756 - 756 757 - 757 758 - 758 759 - 759 760 - 760 761 - 761 762 - 762 763 - 763 764 - 764 765 - 765 766 - 766 767 - 767 768 - 768 769 - 769 770 - 770 771 - 771 772 - 772 773 - 773 774 - 774 775 - 775 776 - 776 777 - 777 778 - 778 779 - 779 780 - 780 781 - 781 782 - 782 783 - 783 784 - 784 785 - 785 786 - 786 787 - 787 788 - 788 789 - 789 790 - 790 791 - 791 792 - 792 793 - 793 794 - 794 795 - 795 796 - 796 797 - 797 798 - 798 799 - 799 800 - 800 801 - 801 802 - 802 803 - 803 804 - 804 805 - 805 806 - 806 807 - 807 808 - 808 809 - 809 810 - 810 811 - 811 812 - 812 813 - 813 814 - 814 815 - 815 816 - 816 817 - 817 818 - 818 819 - 819 820 - 820 821 - 821 822 - 822 823 - 823 824 - 824 825 - 825 826 - 826 827 - 827 828 - 828 829 - 829 830 - 830 831 - 831 832 - 832 833 - 833 834 - 834 835 - 835 836 - 836 837 - 837 838 - 838 839 - 839 840 - 840 841 - 841 842 - 842 843 - 843 844 - 844 845 - 845 846 - 846 847 - 847 848 - 848 849 - 849 850 - 850 851 - 851 852 - 852 853 - 853 854 - 854 855 - 855 856 - 856 857 - 857 858 - 858 859 - 859 860 - 860 861 - 861 862 - 862 863 - 863 864 - 864 865 - 865 866 - 866 867 - 867 868 - 868 869 - 869 870 - 870 871 - 871 872 - 872 873 - 873 874 - 874 875 - 875 876 - 876 877 - 877 878 - 878 879 - 879 880 - 880 881 - 881 882 - 882 883 - 883 884 - 884 885 - 885 886 - 886 887 - 887 888 - 888 889 - 889 890 - 890 891 - 891 892 - 892 893 - 893 894 - 894 895 - 895 896 - 896 897 - 897 898 - 898 899 - 899 900 - 900 901 - 901 902 - 902 903 - 903 904 - 904 905 - 905 906 - 906 907 - 907 908 - 908 909 - 909 910 - 910 911 - 911 912 - 912 913 - 913 914 - 914 915 - 915 916 - 916 917 - 917 918 - 918 919 - 919 920 - 920 921 - 921 922 - 922 923 - 923 924 - 924 925 - 925 926 - 926 927 - 927 928 - 928 929 - 929 930 - 930 931 - 931 932 - 932 933 - 933 934 - 934 935 - 935 936 - 936 937 - 937 938 - 938 939 - 939 940 - 940 941 - 941 942 - 942 943 - 943 944 - 944 945 - 945 946 - 946 947 - 947 948 - 948 949 - 949 950 - 950 951 - 951 952 - 952 953 - 953 954 - 954 955 - 95							

Hospital São Vicente

Registre seu nome

Data Atend: 02/09/2019	Atendimento: 0022158	Quarto/Leito: 203 / 1
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Cirurgia Realizado: Ressecção de lesão fechada Movimento da E. Ray	N. do Procedimento: 0408050-197.	
Data: 02/09/19	Inicio:	Término
Cirurgião: Dr. Antônio Rodrigues de Melo Júnior		
1º Auxiliar: Técnico		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Dr. Antônio Rodrigues de Melo Júnior		
Descrição Cirúrgica: Ressecção de lesão fechada na face lateral da narina. A lesão era de 2x2 cm com foco central, redondo e descolante. Uma vez que o paciente é portador de hipertensão 3-5; 02 p. Espasmos 4-0 Foi realizada cirurgia com sutura percutânea e cefalostoma.		
 Antônio Rodrigues de Melo Júnior CRM: 7351 CPF: 056.632.000-25		Assinatura do Cirurgião

NÃO ALÉRGICO



9961-2111 - 1943 -



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: JOSE CORDEIRO DE OLIVEIRA

AO HOSP. SÃO VICTORIO

HOJE: TRAT - WASAGD MZG

- ① DETERM P/ DM A.SNO
② DETERMINA TROP - 26615 SIN 28
③ MUS/catopl/61/1/01/EC6-3, HAB5
④ HGT 66/15 4.2 4.3 4.4 2.5 4.0 3.5 4.2
⑤ ANTERIOR FOLHAR (2) PROPOSTO
⑥ ANTERIOR FOLHAR (2) PROPOSTO
⑦ 6H 50% 3AMP (2) HGT 670.
G. LUNTA.

Data: 19/12/19

Melhor - CRM



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

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

DATA DA EMISSÃO: 19/08/19 14:48

IDENTIFICANTE: PEDRO AURELÂNO AMADOR DE CARVALHO

NR. IDENTIFICAÇÃO: 611030

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 162526472340000Y

DATA DE NASCIMENTO: 27/02/1965

SEXO: MASCULINO

NOME DA FERIDA: VERONICA MOISES DE LIMA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO: RUA ST. BANDO, 1441, JOAO RUFINO ALVES

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: SERRA TALHADA

VALOR MIN. PAGO: 2613004,00

JR:

OP:

PE:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO: 01/08/19 07:56

INTERNAÇÃO:

OBSERVAÇÃO: EXCELENTE

Regulador

CRM REGULADOR:

IDEUE DE MELO BRIMARAES CANTALICE

PROFISSÃO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:

CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

HORA DE AUTORIZAÇÃO: 31/08/19 17:35

MÉDICO AUTORIZADOR:





Hospital São Vicente

Digitized by srujanika@gmail.com

Data Atend: 02/09/2019	Atendimeto: 0022158	Quarto/leito: 203 / 1	
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA			
Data Nasç: 27/02/1965	Idade: 54 Anos	Sexo: Masculino	
Profissão: PASTOR	Naturalidade: RECÉ	Estado Civil: Casado	
Nome Pai: MOISES CIPRIANO		Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA	
Endereço: RUA JOAO ALVES FERREIRA, 1432 PE		- JOSE RUFINO ALV - SERRA TALHADA -	
Telefones: () . . . / () . . . / (87) 9994.1213			
Elementos da Ocorrência:			
Acidente de Trânsito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()	Agressão ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()	
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Forças policiais atiraram de forma� de forma� seguem feridos e mortos - suspeitos feridos e mortos</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>FEST - WAZC 1 MZ @</i>			
ADT:			
Diagnóstico Final: <i>FEST - WAZC 1 MZ @</i>			
Condição de Alta	Motivo de Alta		
<input checked="" type="checkbox"/> Melhorada	<input checked="" type="checkbox"/> Descrição Médica	Data do Internamento: <u>21/09/19</u>	
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input checked="" type="checkbox"/> Até a Pedido	Data da Alta: <u>21/09/19</u>	
<input type="checkbox"/> Morto	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência	Local:	
<input type="checkbox"/> Óbito + 48h	<input checked="" type="checkbox"/> Evasão	<i>CCO 13º Batalhão Polícia Militar Av. Presidente Vargas, 1000 Belo Horizonte - MG</i>	
<input type="checkbox"/> Óbito - 48h	<input checked="" type="checkbox"/> Indisciplina		
Óbito em _____ / _____ / _____			
Hora : _____			
Médico Responsável <i>[Assinatura]</i>			



SUS	Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR											
Identificação do Estabelecimento de Saúde													
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							2 - CNES						
HOSPITAL SÃO VICENTE							2 3 5 1 6 3 3						
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							3 - CNES						
HOSPITAL SÃO VICENTE							2 3 5 1 6 3 3						
Identificação do Paciente													
4 - NOME DO FABRICANTE							5 - NÚMERO PRONTUÁRIO						
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA							00163910						
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)							7 - DATA DE NASCIMENTO		8 - SEXO		9 - RACIAÇÃO		
1 6 2 5 2 6 4 7 2 3 4 0 0 0 7							27 /02 /1965		Masculino		Pardo		
10 - NOME DA MÃE							11 - TELEFONE DE CONTATO						
VERÔNICA MOISÉS DE LIMA							8 7 9 9 4 1 2 1 3						
12 - NOME DO RESPONSÁVEL							13 - TELEFONE DE CONTATO						
RUA MNS JOSE KERLLY							DDD				14 - NÚMERO DO TELEFONE		
15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)							16 - COD. IBGE/MUNICÍPIO				17 - UF		
SERRA TALHADA							P E				P E 5 6 9 0 0 0 0		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS										18 - CEP			
Fratura de tornozelo (L), com dor e limitação funcional oligoarticular, secundária à tração excessiva, com edema periorbitário e hiperemia freática, com dificuldade de ambulação.													
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO													
Necessidade de tratamento cirúrgico													
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)													
Radiografia e exame físico													
24 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL							25 - CÓD. O PRINCIPAL			26 - CÓD. O SECUNDÁRIO			
Trauma de tornozelo (L)							010 8106 0879			27 - CÓD. OS ASSOCIADES			
PROCEDIMENTO SOLICITADO													
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO						
Tratamento cirúrgico - Kit queimado							010 8106 0879						
30 - CLÍNICA							31 - DOCUMENTO				32 - Nº DOCUMENTO (CRÉDITO PROFISSIONAL, SOLICITANTE MANSÃO)		
Antônio Cordeiro de Melo Júnior							ICMS				CPF		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							34 - DATA DA SOLICITAÇÃO				35 - ASSINATURA E CARIMBO NO USO REGISTRO DO CONSELHO		
Antônio Cordeiro de Melo Júnior							07/10/19						
PP-ET-CHÉR EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)													
36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO							37 - CEP DA SEGURODA			38 - Nº DO BRINTE		41 - SÉRIE	
37 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO							38 - CNPJ EMPRESA			39 - CNPJ NA EMPRESA		44 - CRON.	
38 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO							40 - CNPJ EMPRESA			41 - NÚMERO			
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							41 - EMPREGADOR			42 - DESEMPREGADO		43 - APOSENTADO	
41 - EMPREGADO							42 - EMPREGADOR			43 - DESEMPREGADO		44 - APOSENTADO	
AUTORIZAÇÃO													
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							46 - CÓD. ÓRGÃO CHINSSOR			47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
No Pereira de Andrade Maia							01			07.10.09.10.14			
48 - DOCUMENTO							49 - Nº DOCUMENTO (CRÉDITO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)						
(I CNEC) (I CPF)													
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							51 - ASSINATURA E CARIMBO NO USO REGISTRO CONSELHO						
07/10/2020							07.10.22.214-15-CRJ-003						
XII GERALVIS													



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO PRINCIPALMENTE APLICANTE:
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA
MÉDICO RESPONSÁVEL:
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

DATA DE SOLICITAÇÃO:
26/09/18 11:50

Nº SOLICITAÇÃO:
926652

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Nº DO PACIENTE/ABR:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO:

27/02/1985

SEXO:

MASCULINO

ENDEREÇO DO PACIENTE:
VERONICA MORAES DE LIMA

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO DA UNIDADE:
JOAO FERREIRA ALVES, 1432, CAXIXOLA

MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA:
SERRA TALHADA

FUN. ECONÔMICO:

2313508.00

UP:

P2

DATA DE PRAZO (d.h.):
07/10/18 07:00

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:

AMBULÂNCIA

ORIGINAIS:

DISPENSAS/EXCEÇÕES:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
URSON FRANCISCO DE BARROS

TIPO URG.:
CIRURGICO

ESPECIALIZAÇÃO:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
04/10/18 21:43

MÉDICO EXECUTANTE:





Hospital São Vicente

Portal São Vicente

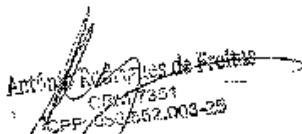
Data Atend: 07/10/2019	Atendimeto: 0024284	Quarto/loito: 202 / 2
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Data Nasc: 27/02/1965	Idade: 54 Anos	Sexo: Masculino
Estado Civil: Casado		
Profissão: PASTOR	Naturalidade: IRECE	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai: MOISES CIPRIANO	Nome Mãe: VERONICA MOISES DE LIMA	
Endereço: RUA MNS JOSE KERLLY, 383 CASA	- IPSEP	- SERRA TALHADA - PE
Telefones: () / () / (87) 9994.1213		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Transito ()	Acidente de Trabalho ()	Outros Acidentes ()
Suicídio ()	Casual ()	Outros ()
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO:		
<p>Fratura ole fomozelo () com dor e limitação funcional - lesões osteossuturas em partes vizinhas () e / ou Diagnóstico Inicial: Fratura de fomozelo () c/Maf. fechada</p>		
SADT:		
<p>Diagnóstico Final: Fratura de fomozelo ()</p>		
Condição de Alta	Motivo da Alta	
Melhorada (x)	Descrição Médica (x)	Data do Internamento: 07 / 10 / 19
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Data da Alta: 09 / 10 / 19
Plorando ()	Transferência ()	Local: _____
Obito + 48h ()	Evasão ()	Foto Aureliano Amador de Carvalho
Obito - 48h ()	Indisponibilidade ()	Ortopedia / Traumatologia
Obito em _____ / _____ / _____		Ortopedia infantil
Hora: _____		CRV-PE: 76608
		Medico Responsável





Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 07/10/2019	Atendimeto: 0024284	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00163910 - JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA		
Cirurgia Realizado:	N. do Procedimento:	
<i>Ref. Decapitalo TNAZ S.</i>	<i>0408060379</i>	
Data: 07/10/19	Inicio:	Término
Cirurgião: <i>Antônio</i>		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Sebastião</i>		
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA: <i>Del puerpera secundaria al 1º, descolamento de retalhos das e cicatrizes peritoneais post operatórias de aderência e ref. decapitalo verossimilhança de aderências e cicatrizes peritoneais post op.</i>		
 Antônio Yves Cordeiro de Melo Junior CRM-SP 7351 ACFP 003652.0003-29		
Assinatura do Cirurgião		



fone: 93612111



Name: José Cipriano da Costa Neto *Dr. Oliveira*
Data: / /

Ad. Endereço: Rua São João, 123 - Centro
NZ - C.

Sobrenome: Neto

- ① Sobre → DM
- ② Difusor 300 W. e folha
- ③ Seta Excesso
- ④ Sobre e envelopes fios

25/09/19
S/ N
M. Cordeiro Jr.
2020

SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR ANTÔNIO AGUIAR DE MELLO
RUA MARCOS REBEQUIM DA SILVA, 800 - CENTRO - RIO BRANCO - ACRE
FONE E FAX: (51) 3331-4900 - www.hospitalregionalacre.acr.br





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,

Dra. Terezinha Lopes Gonçalves
Médica
CRM-PE 115

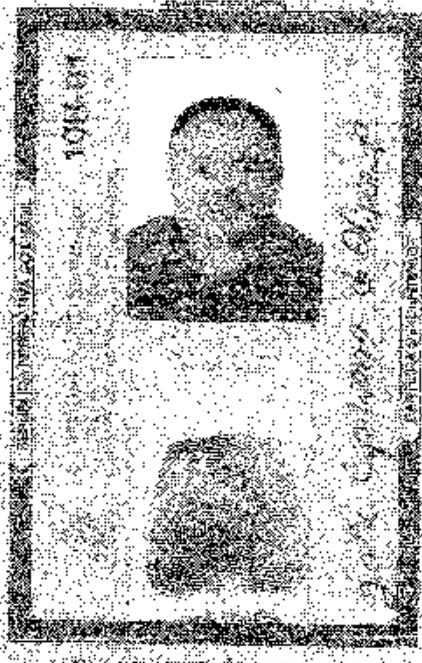
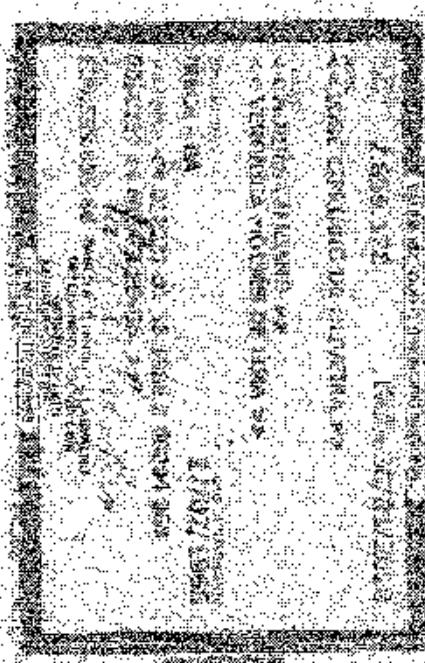
(87) 3831-8446 | 9.9916-0112
Rua: Joaquim Godoy, Nº 393
cem_st@hotmail.com

CEM
CENTRO ESPECIALIDADES MÉDICAS



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 24



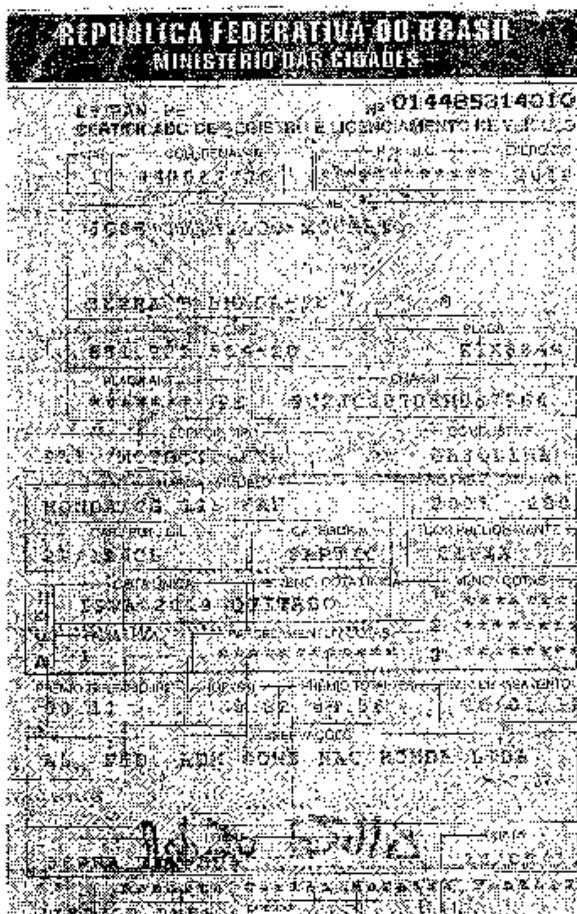
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 26



**SEGURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PGR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO-SEGURÓ DENT**



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 GB - BOP
 Av. Vicente Júnior de Oliveira, KM 433, Bairro Coqueiro 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 - 3ºGB - BOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação da Sr. GEORNE CARLOS MELO NEIRA, RG 5840653 SSP/PE, CPF 008.473.824-20, residente à Rua Antônio Tomé de Souza, 573, São Cristóvão, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emisse a seguinte certidão, No que consta que foi desfocada a viatura 4K 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em para uma ocorrência de APF (QUEDA DE MOTOCICLETA), nº 5 (1284679), sendo vítima o Sr. JOSÉ CIPRIANO DE OLIVEIRA, RG 28591.88 SDS/PE, CPF 636.556.865-68, o qual declarou que condizia 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 conduzido ao Hospital Regional Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. EBENONE SILVA, CRM 15122,

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pela SB QBMG 1/12260-6 THAMARA ANGELICA BENVENTO LEITE 704015-6 WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, chefe da Unidade de Operações e respondendo pelo Comando da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 5900002863.002798/2019-06

Documento assinado eletronicamente por THAMARA ANGELICA BENVENTO LEITE, em 19/09/2019, às 10:56, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 46.757, de 23 de outubro de 2012.

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 46.757, de 23 de outubro de 2012.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.jpe.jus.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_wizard&acao_ultimo=arvore_visualizar&id_documento=424421&area_sistema... informando o código verificador 3875192 e o código CRC 8AFAA551

https://sei.jpe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_wizard&acao_ultimo=arvore_visualizar&id_documento=424421&area_sistema... 1/1



Progressão

Para prevenir instrumentos de medida de horómetro e volímetro que se suelen usar en el manejo de los instrumentos de medida de horómetro y volímetro.

• 1000 種

Digitized by srujanika@gmail.com

20. Elements _____ Subj. _____ Obj. _____

Partidos e suas estruturas locais ou, seja, estruturas de indivíduos que se tornam parceiros para o desenvolvimento local e a consecução das propostas, estando sempre ligados ao seu partido político.

◎ 读法

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA DA MARETA - PE
MUNICÍPIO: SERRA DA MARETA DA SILVA
CEP: 56330-026
Fone: (87) 3633-2262

Reconheço a firma por mim feita em 09/09/2015 no CIPERNO DE
OLIVEIRA, Doutor Fábio Oliveira de Oliveira, Testemunha da
verdade, Reginilda Alves da Silva, testemunha da Maria
Lúcia de Souza-Secretaria, Facal-RN, 238.9300-RN
D.R.D. MARC-PE 0,40. FERN-22 0,34. FUNESD-R3 0,08
Selos: OCTAB72.CNQNE201902.0185 09/09/2015 16:03:08
Documentos autenticados em www.judex.jus.br/validar



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2019

Titular do CPF: JOSE CIPRIANO DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/12/2020 13:03:00
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121613030040400000071193631>
Número do documento: 20121613030040400000071193631

Num. 72621365 - Pág. 31