



Número: **0019600-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (REQUERENTE)		TARCILA FERNANDA PACHECO MARTINS DE ANDRADE (ADVOGADO) JHULIANA PRICILLA FERNANDES DE ASSUNCAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73762556	19/01/2021 15:56	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14478075

Pag. 01839/01840 - carta_01 - INVALIDEZ

00010920





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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

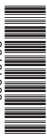
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01585/01586 - carta_03 - INVALIDEZ

00040793



Carta nº 14478283





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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01989/01990 - carta_03 - INVALIDEZ

00050995



Carta nº 14585562





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01611/01612 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15363852



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.778.645 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 10/09/2004 E

CPF 409480804-15 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO VIGILANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00048 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002731-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife, 03 de junho de 2019 7/P Natheúis Paula A. Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

BRG00000000





Nathalia Macedo
CASPIE 35.786



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0048 - ENCRUZILHADA. PE

DATA: 28/06/2019

TERMINAL: 1007

NSU: 000679

HORA: 12:09:34

AUT.: 0037

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGE/CONTA CREDITADA: 0048/1280/000.986.426.531-3
NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
DEPOSITANTE:

M T

VALOR TOTAL:
VALOR DINHEIRO:

22.62

22.62

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

Autorização de pagamento



0048-98642631-3

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu cartão magnético de Companhia.

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

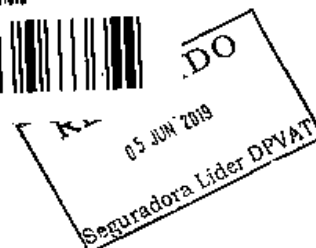
0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva. Ouvidoria





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114003675

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/04/2019 às 08:43

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 15/2/2019 às 10:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OLINDA, 01 - Bairro: SANTA TEREZA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **POSTO COMBUSTÍVEL BR**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. (AUTOR/AGENTE)
PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. (OUTRO)
JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.

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

JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO Data de Nascimento: 19/9/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3778645/SDS/PE (RG), 70918090415 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: 81985074202

Endereço Residencial: RUA COLORADO, 18 - CEP: 52125200 - Bairro: CAMPINA DO BARRETO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Nathália Azavedo
ASB

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

VEÍCULO PLACA NÃO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): PROPRIETÁRIO DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE., que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DO VEÍCULO PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.

16/04/2019 08



Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEI/FIAT/PALIO Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: 01 (UNIDADE) Unitário: (REAL)

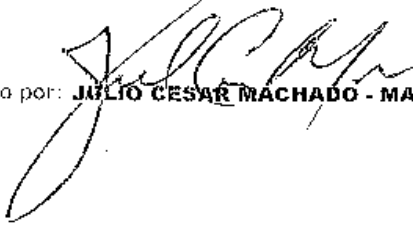
Descrição: VEICULO PLACA NAO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE.

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP O SENHOR JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ATROPELAMENTO EM VIA PUBLICA. ALEGA O QUEIXOSO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A VIA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO DE PLACA NAO ANOTADA, PALIO WEKEEND, COR PRATA CAUSADOR DO ACIDENTE. ALEGA O QUEIXOSO QUE AO ATRAVESSAR A VIA, SOLICITOU PARADA, LEVANTANDO O BRAÇO PARA DEPIR PARADA PARA ATRAVESSAR, FOI QUANDO UM VEICULO PAROU, NO ENTANTO, O CONDUUTOR DO PALIO WEEKEND, NAO RESPEITANDO A TRAVESSIA DO PEDESTER, "CORTOU O VEICULO QUE ESTAVA PARADO, ACELEROU, VINDO A ATROPELAR O QUEIXOSO. ALEGA O QUEIXOSO QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS DE OLINDA (PROTOCOLO 2019APH000501), PARA A UPA DE OLINDA, E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA (CLETO CAMPELO, S/N, CENTRO MORENO/PE) ATENDIMENTO 305648, PACIENTE 1620540, ONDE FOI CIRURGIADO. ALEGA O QUEIXOSO QUE SOFREU UMA FRATURA NO PLATÔ TIBIAL DA PERNA DIREITA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

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


JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5


Nathanael Azevedo
OAB/PE 36.786



16/04/2021 08:36





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Declaração de inexistência de IML



Certidão nº 2019APH000501 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO, 44 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 3778645 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 709.180.904-15, residente à RUA COLORADO, nº 18, CHAO DE ESTRELA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/02/2019, por volta das 09:55 hs, no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, S/N, VARADOURO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL PÁLIO WEED TREKKING, CINZA, KLV8538-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO, inscrito sob o CPF nº 709.180.904-15 e Registro Geral nº 3778645, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 951006-0 SILVA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1422177. Ficou aos cuidados do médico DANTON MARTINS FILHO, registro 9886. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAP11.

Posição em 02/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000501

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44


Nathália Azevedo
CAR/PE 36 786



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF da Vítima

709.180.904-95

Data do Acidente

15/02/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Nathalia Paula Azevedo de Sousa

CPF do Representante legal

084.498.894-74

Email

nathalia-pas@hotmail.com

Telefone (DDD)

(81) 99999-4683

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

At
Nathalia Azevedo
084.498.894-74

Recife, 02 de maio de 2019

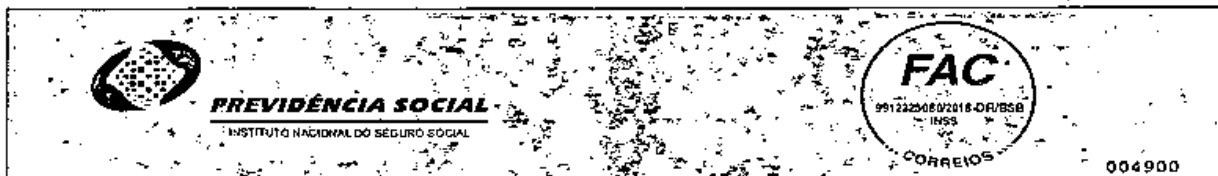
Local e Data

x José Carlos R. de Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Nathalia Paula Azevedo Sousa
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
COLORADO 18
PEIXINHOS
RECIFE - PE
52125.200

Comprovante de residência



319

Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO | ECT
REMETENTE: Qualicorp Adm. de Benefícios S/A
Caixa Postal 65131
CEP: 01318-970 | São Paulo | SP

Notificação
OAB/PB 36 786

CANAIS DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO DIGITAL

CANAL DO CLIENTE

qualicorp.com.br/canalcliente

REDES SOCIAIS

 /qualicorp

 /qualicorp

ATENDIMENTO POR TELEFONE

CENTRAL DE SERVIÇOS

4004-4400

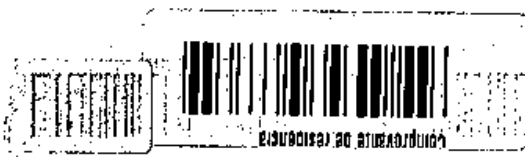
0800-16 2000

SAC

0800-779-9002

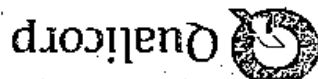
Central de serviços
metropolitanas
Demais regiões

todo o Brasil



52021-195
ENCRUZILHADA - RECIFE - PE
AVENIDA NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR, 1966
NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA
CTC RECIFE PE PL

Postagem: 19/01/2021
Validade: 20/01/2021



PARA USO DOS CORREIOS

☐ MUDOU-SE	☐ AUSENTE	DATA	REINICIADO SERVIÇO POSTAL EM:
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE	☐ FALECIDO		
☐ NÃO EXISTE Nº INDICADO	☐ INF. ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍMICO		
☐ DESCONHECIDO	☐ OUTROS	ASSINATURA DO ENTREGADOR Nº	
☐ RECUSADO			

DATA MOV: 05/02/2019 LOTE: 03041 SEQ: 201



vivo
FIBRA

Ultravelocidade
para sua casa.



4.5G

Planos para
toda a família.

Tem vivo pra tudo

Planos Família 4.5G com bônus de internet para
cliente Vivo Fibrã.

+10GB

Escolha seu plano ideal e ganhe
10GB no celular todo mês. Aproveite!

Vá até uma Loja Vivo ou acesse vivo.com.br/dos

Esta oferta é para clientes vivo no Vivo Banda Larga Fibrã com velocidade mínima de 100 Mbps. É válido até 31/03/2019. Para usufruir um plano de internet Vivo Fibrã Família, com o qual ganhará um bônus de 10GB de internet. Benefício válido por 12 meses após a ativação. Sujeito à análise de crédito. Valores dos planos sujeitos à reajustes conforme legislação vigente. Ao ativar o plano, o cliente recebe 10GB de internet por mês, conforme condições de um contrato. A velocidade de transmissão de dados em internet móvel pode variar, entre outros motivos, por fenômenos naturais, deslaminagem, distância da Estação Rádio Base e picos de tráfego. Consulte a página de informações, cobertura e condições para conhecer a velocidade 4.5G em www.vivo.com.br/4g. Oferta válida para adesão até 31/03/2019.



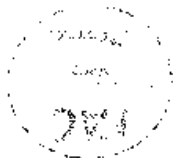
PARA USO DOS CORREIOS		
☐ 01 - ENDEREÇO	☐ 02 - ASSINTE	Entregado em Serviço (Assinatura)
☐ 03 - ENDEREÇO INCOMPLETO	☐ 04 - NÃO PROCEDE	
☐ 05 - NÃO ENCONTRE ENDEREÇO	☐ 06 - CARTA INCOMPLETA	Assinatura do Responsável
☐ 07 - NÃO ENCONTRE	☐ 08 - CARTA INCOMPLETA DO ENDEREÇO	
☐ 09 - CARTA INCOMPLETA	☐ 10 - CARTA INCOMPLETA DO ENDEREÇO	Módulo
☐ 11 - CARTA INCOMPLETA	☐ 12 - CARTA INCOMPLETA	

0481FE 36.786
Nathalia Azevedo

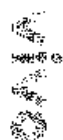


Vencimento
21/04/2019

ANDRADE E AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS
AVENIDA NORTE MIGUEL ARRABES DE ALENCAR 1966
ENCRUZILHADA
52021-195 RECIFE PE
C/O MICHELE PE RUI



101
Patriotadora
Oficial da Seleção
dos Brasileiros.



Oferta válida até 31/03/2019 para clientes Vivo Fibrã com velocidade mínima de 100 Mbps. É válido até 31/03/2019. Para usufruir um plano de internet Vivo Fibrã Família, com o qual ganhará um bônus de 10GB de internet. Benefício válido por 12 meses após a ativação. Sujeito à análise de crédito. Valores dos planos sujeitos à reajustes conforme legislação vigente. Ao ativar o plano, o cliente recebe 10GB de internet por mês, conforme condições de um contrato. A velocidade de transmissão de dados em internet móvel pode variar, entre outros motivos, por fenômenos naturais, deslaminagem, distância da Estação Rádio Base e picos de tráfego. Consulte a página de informações, cobertura e condições para conhecer a velocidade 4.5G em www.vivo.com.br/4g. Oferta válida para adesão até 31/03/2019.

Aproveite e assista
a milhares de conteúdos
quando e onde quiser
vivo.com.br/primevideo

Oferta exclusiva

3 meses pagos pela Vivo
A partir do 4º mês, você paga apenas:
R\$ 7,90 durante 6 meses
Depois, **R\$ 14,90/mês**

amazon
prime video





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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 documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nathália Paula Azevedo Schiaia

inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.416.894 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Carlos Rodrigues de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904-15

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima José Carlos Rodrigues de Melo

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso Informar

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

Endereço: <u>A.V. Neta Miguel Arnolds de Alencar</u>	Número: <u>1966</u>	Complemento: <u>Ambrod e Azevedo</u>
Bairro: <u>Ereruzilha da</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>52.021-195</u>
E-mail: <u>nathalia.yas@hotmail.com</u>		Tel.(DDD): <u>3038-8283</u>

Local e Data: Recife, 02 de maio de 2019

Nathália Paula Azevedo de Schiaia

Assinatura do Declarante

Nathália Azevedo
 OAB/PE 36.786





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: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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 documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu NATHÁLIA PAOLA AZEVEDO DE SABÓIA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 084.426.894 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904 / 35

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.180.904 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>AV. NORTE MIGUEL ARRAES DE ALEN CAR</u>	Número: <u>1966</u>	Complemento:
Bairro: <u>ENCruzilhada</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>NATHALIA.PAS@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>52.029-195</u>	Tel.(DDD):

Local e Data: Recife, 03 de julho de 2019

Nathalia Paola Azevedo Sabóia

Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12



Atendimento: 1422177

Data e Hora: 15/02/2019 10:43

Senha da Classificação:

0134

Paciente: 501934 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 19/09/1974 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO Nome do Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA GIRIQUITI BLO-21 - APT 301 Bairro: PEIXINHOS
Cidade/UF: OLÍNDIA Cep: 53220010 Usuário Atendimento: ERIKATF
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 83202826
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ☒ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

Documentação médica - hospitalar



Senha:

Carimbo Médico

UPA OLÍNDIA
Dr. Danton Martins Filho
Trauma / Ortopedista
CRM 9336

Nathalia Senevedo
OAB/PE 36.786



1422177

Tsh
HMA.
562 00 11
1 808 2000 -
Pacífico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/02/2019 10:37

Nome Paciente: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 19/09/1974
Sexo: Masculino
Idade: 44
Senha: 0134
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/02/2019 10:39 - 15/02/2019 10:40

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

URGÊNCIA AMARELO

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO B
SQ E ESCORIAÇÕES. NEGA VOMITO E DESMAIO

Observação:

HAS E DM-
FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Criminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nathália Azevedo
OAB/PE 36 786

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/02/2019 10:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/03/2019 07:39

Atendimento: 305648 Entrada: 17/02/2019 Hora: 10:36
Plano: SUS ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp. RENATA HIRSCHLE GALINDO

Saída: 01/03/2019 Hora: 16:28
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.:

Paciente: 1620540 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Nascimento: 19/09/1974 (44 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COLORADO
Bairro: CAMPINA DO BARRETO C.E.P.: 52121-505
Cidade: 2511606 RECIFE
Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO
Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 70918090415
Identidade: 3778545 - SUS - PE
Telefone: 7 963202825
G Instrução:
Ocupação: VIGILANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/02/2019 10:56

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. RENATA HIRSCHLE GALINDO CRM 19748)

Queixa do paciente:

TRANSFERIDO DA UPA OLINDA PARA TRATAMENTO CIRURGICO

NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES

TRAUMA: 15.02.2019 RELATA ATROPELAMENTO

Exame físico:

EDEMA MODERADO JOELHO DIREITO

PELE INTEGRAL; SEM FLICTENAS

RX JOELHO - FRATURA BICONDILAR

Hipótese diagnóstica:

FRATURA PLANALTO TIBIAL JOELHO DIREITO

Prescrição/Conduta:

		Horario/Checkagem
01 -	TALA COXOPODALICA	
02 -	INTERNAMENTO	
03 -	PR-EOP	
04 -	P CARDIO	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (31) 3536-2013
Av. Getúlio Vargas, S/N - Moreno - PE

Página 1 de 1

Notória Azevedo
OAB/PE 35.756



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/03/2019 07:39

Atendimento: 305548 Entrada: 17/02/2019 Hora: 10:36
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: RENATA HIRSCHLE GALINDO

Salda: 01/03/2019 Hora: 16:28
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.:

Paciente: 1620540 JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Nascimento: 19/09/1974 (44 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA COLORADO
Bairro: CAMPINA DO BARRETO C.E.P.: 52121-505
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: SEVERINO RODRIGUES DE MELO
Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 70918090415
Identidade: 3778645 - SDS - PE
Telefone: 7983202826
G. Instrução:
Ocupação: VIGILANTE
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 22/02/2019 - 12:47

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. LEONARDO SILVEIRA CRM 16118)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: LEONARDO SILVEIRA - CRM : 16118

Aux 1: DR. THIAGO DR. TERCIO

Anestesista: DRA VALÉRIA

Instrumentador: ESABELA

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIR

Cirurgia Realizada

OSTEOSSÍNTESE DE PLATO TIBIAL DIR

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1 PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTÉSIA
- 2- ESVAZIAMENTO COM SMARCH
- 3 ASSEPSIA + ANTESSEPSIA MID
- 4 APOSIÇÃO CAMPOS CIRURGICOS
- 5 INCISÃO POSTERO MEDIAL
- 6 DISSECÇÃO POR PLANOS
- 7 VISUALIZAÇÃO DIRETA DA FRATURA
- 8 REDUÇÃO CRUENTA
- 9 FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA EM T E PARAFUSOS
- 10 INCISÃO ANTERO LATERAL
- 11 DISSECÇÃO POR PLANOS
- 12 VISUALIZADO FRATURA DE PLATO LATERAL COM AFUNDAENTO CENTRAL COM LESÃO DO MENISCO LATERAL

Hospital Memorial Armindo Moura
SAÚDE
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3095-2113
Av. Cel. Campêlo, 874-5

Nathália Azevedo
CABE 36 786

Página 1 de 2



13 REALIZADO ELEVAÇÃO DO AFUNDAMENTO, REDUÇÃO CRUENTA SEGUIDO DE FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM L E PARAFUSOS

14 OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB RADIOESCOPIA

15 LIMPEZA COM SF 0,9%

16 SUTURA POR PLANOS

17 CURATIVO

Materiais PROSMED

01 PLACA DIREITA 07 FUROS

PARAFUSOS DE GRANDES FRAGMENTOS

04 ESPONJOSOS

03 CORTICAIS

01 PLACA EM T 6 FUROS

PARAFUSOS DE PEQUENOS FRAGMENTOS

03 CORTICAIS

Hospital Memorial Instituto Moura
SAMPE
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campesinato, 100 - PE


Nathália Azevedo
OAB/PE 36.786

Página 2 de 2





Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (1070540)

Admissão: 305648

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de atestados que o paciente JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO é portador do diagnóstico: FRATURA PLATÔ TIBIAL DEXTA.

CID: S62.10

Permaneceu internado do dia 17/02/2019 a 24/02/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 22/02/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, em acompanhamento ambulatorial.

Morano, 04/02/2019.

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho / Artroscopia
CRM - RJ - S6012003 AG 4161

LEONARDO SILVEIRA - CREMEPE: 16118

RETORNO: 08/03/2019

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 06:00HS

MÉDICO: LEONARDO SILVEIRA

ATENÇÃO: QUALQUER SINTOMA DEVE SER NOTIFICADO NOSTRA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Obs: Documento original para o INSS.

01 - Copia para o setor de enfermagem.

02 - Copia para o setor de fisioterapia.

Este documento é sendo entregue diretamente ao paciente ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

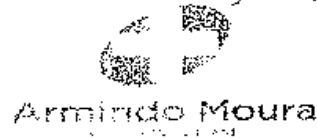
Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 21/02/2019 às 13:03

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgião do Joelho / Artroscopia
CRM - RJ - S6012003 AG 4161
Dr. (a) LEONARDO SILVEIRA
CRM: 16118

Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.736





Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Admissão: 305048

Procedimento: ENFERMAGEM (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Especialidade: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipos:

Cirurgião: ARMANDO FLAVIO - CRM - 16418

Auxiliar: RAFAEL VERCIO

Anestesiologista: VALÉRIA

Enfermeiro: EDUARDO

Enfermeiro: RAFAEL VERCIO

FRATURA DE PLATÔ LATERAL DE

Costela 12

OS FRAGMENTOS SE ENCONTRAM

DEFORMADOS E DESALINHADOS

Osteíte

Osteíte

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

Não há

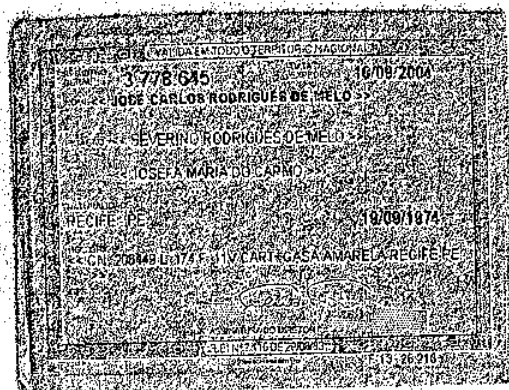
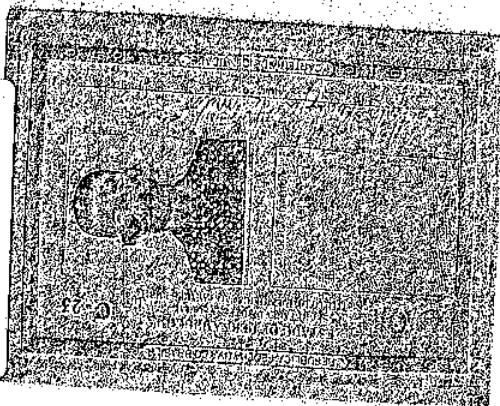
Não há

Não há

Não há

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/01/2021 15:56:28
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011915562852700000072301326
Número do documento: 21011915562852700000072301326

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.786



SECRETARIA DA JUSTIÇA FEDERAL
CONSTITUCIONAL E PENAL
709180004-15

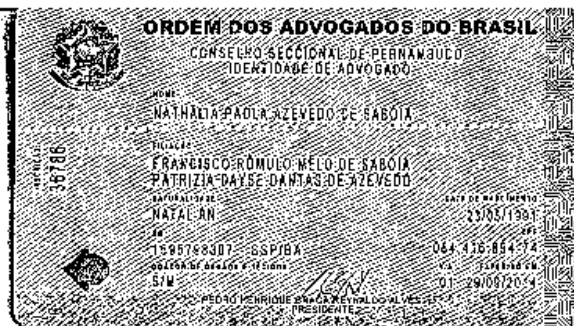
NOME COMPLETO
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO

ASSINATURA
19.09.74
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO

TERA VALIDADE DOMINANTE COM A PRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO

Nathalia Azevedo
CASSIPE 30/186






Nathalia Azevedo
OAB/PE 36.786



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO

DATA DO ACIDENTE 15/02/19 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 709.180.904-15

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originals)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ PF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ PF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Wathelma Paula Almeida de Sousa
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 0844.16.894-74
 E-mail: wathelma.paula@hotmail.com Tel.: 998989-4683
 Data: 03/05/2019 Assinatura: Wathelma Paula Almeida de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) GEF de Bens Aquarian
 Atendente: Guilherme Camargo Matrícula: 7585090
 Data: 03/05/19 Assinatura: Guilherme Camargo



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO



**DOCUMENTOS DE
IDENTIFICAÇÃO DA
PROCURADORA: OAB
E COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA**



PROCURAÇÃO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



CERTIDÃO DE ATENDIMENTO DO CORPO DE BOMBEIROS



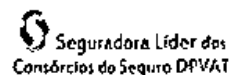
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE



**DOCUMENTOS
PESSOAIS DA VÍTIMA:
RG, CPF,
COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA E CONTA
BANCÁRIA**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Número do Sinistro: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES
DE MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

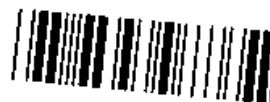
Dedaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

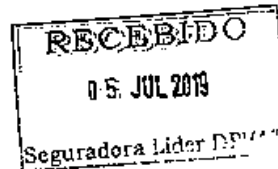




Em caso de dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1556 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, 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 08. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190376484
Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Data do Acidente: 15/02/2019
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA



Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0156501566 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14678283



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190376484** 3 - CPF da vítima: **709.180.904-15** 4 - Nome completo da vítima: **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELLO**

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

5 - Nome completo: **NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABÓIA** 6 - CPF: **084.416.894-74**
7 - Profissão: **ADVOGADA** 8 - Endereço: **AV. NORTE MIGUELARRAES DE ALENCAR** 9 - Número: **1966** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **ENCRUZILHADA** 12 - Cidade: **RECIFE** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **52.021-195**
15 - E-mail: **NATHALIA.PAS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDD): **(81) 99999-4683**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0048** ☐ CONTA: **986426531** **3**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Recife, 03 de julho de 2019**

Nathalia Paula Azevedo de Sabóia
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

0003/2019



ANDRADE & AZEVEDO
- ADVOGADOS ASSOCIADOS -

PROCURAÇÃO



PROCURAÇÃO/ CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, brasileiro, em união estável, vigilante, portador do RG nº 3.778.645 SDS/PE, inscrito no CPF sob nº 709.180.904-15, com endereço na Rua Colorado, nº 18, Peixinhos, Olinda/PE, CEP: 52.125-200;

OUTORGADAS: Nathália Paola Azevedo de Sabóia, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.786, e-mail: nathalia.pas@hotmail.com, e Tarcila Fernanda Pacheco Martins de Andrade, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PR sob nº 47.443 e OAB/PE sob nº 1.658-A, e-mail: tarcilafernanda@msn.com, ambas com endereço na Av. Norte Governador Miguel Arraes, nº 1966, Encruzilhada, Recife/PE, CEP: 52041-080.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicio", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante administrativamente e judicialmente para requerer indenização do seguro DPVAT e o perante INSS, Justiça Federal, Justiça Estadual, e/ou Justiça do Trabalho, conferindo-lhe poderes especiais para substabelecer, renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação, firmar acordos e inclusive para renunciar aos valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais.

DECLARAÇÃO: A parte Outorgante declara, para os devidos fins de direito, que não possui condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de sua família, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita nos termos do Art. 4º, § 1º da Lei 1060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos através da demanda, sendo que a parte Outorgante autoriza, desde já, a retenção dos honorários advocatícios em favor de ANDRADE & AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob nº 30.653534/0001-88, por ocasião do pagamento judicial ou administrativo.

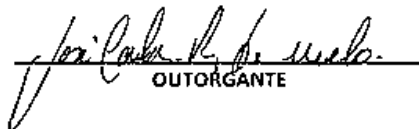
Parágrafo 1 - O contratante é responsável por todas as informações prestadas, bem como documentações fornecidas ao contratado para o ingresso da ação.

Parágrafo 2 - O contratante está ciente de que a condução técnica do processo cabe exclusivamente as contratadas.

Parágrafo 3 - No caso de desistência do processo após o ajuizamento, se compromete a contratante ao pagamento do valor de um salário mínimo vigente as contratadas no ato de desistência.

Parágrafo 4 - No caso de reconhecimento administrativo superveniente ao ajuizamento judicial, e/ou a prática de atos administrativos por parte das Contratadas após a assinatura do presente contrato são devidos os honorários contratados, no percentual de 30% dos benefícios econômicos auferidos, assim como no caso de substabelecimento.

Recife, 2 de maio, de 2019.


OUTORGANTE

tarcilafernanda@msn.com





ANDRADE & AZEVEDO
- ADVOCADOS ASSOCIADOS -



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DA ENCruzilhada
7º DISTRITO JUDICIÁRIO DA COMARCA DE RECIFE - PE
Escritório de Belém, 108 - Fone: (81) 3242-2977/3242-4581
RECONHEÇO POR SEMELHANÇA a 1ª testemunha de
JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO
Recife, 03 de julho de 2019 14:12-16
Em testemunho a verdade: Romero Longman
Melo (Escrevente Substituto) TSMR R\$ 0,80 PERM R\$ 0,04 FUNSEG
Emol.: R\$ 3,99 TSMR R\$ 0,80 PERM R\$ 0,04 FUNSEG
R\$ 0,08 Total R\$ 4,91
Válido somente com o selo
0094203.KCT06201901.05409

Procuração



PROCURAÇÃO/ CONTRATO DE HONORÁRIOS

OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO, brasileiro, união estável, vigilante, portador do RG nº 3.778.645 SDS PE, inscrito no CPF sob nº 709.180.904-15, com endereço na Rua Colorado, nº 18, Campina do Barreto, Chão de Estrelas, Recife, Pernambuco, CEP 52.125-200;

OUTORGADAS: Nathália Paola Azevedo de Sabóia, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.786, e-mail: nathalia.pas@hotmail.com, e Tarcila Fernanda Pacheco Martins de Andrade, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PR sob nº 47.443 e OAB/PE sob nº 1.658-A, e-mail: tarcilafernanda@msn.com, ambas com endereço na Av. Norte Governador Miguel Arraes, nº 1966, Encruzilhada, Recife/PE, CEP: 52041-080.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante O INSS, Justiça Federal, Justiça Estadual, e/ou Justiça do Trabalho, bem como conferindo-lhe amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, além de poderes especiais para substabelecer, renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação, firmar acordos e inclusive para renunciar aos valores que porventura excederem o teto dos juizados especiais.

DECLARAÇÃO: A parte Outorgante declara, para os devidos fins de direito, que não possui condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de sua família, pelo que requer os benefícios da justiça gratuita nos termos do Art. 4º, § 1º da Lei 1060/50.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos através da demanda, sendo que a parte Outorgante autoriza, desde já, a retenção dos honorários advocatícios em favor de ANDRADE & AZEVEDO ADVOGADOS ASSOCIADOS, pessoa jurídica inscrita no CNPJ/MF sob nº 30.653534/0001-88, por ocasião do pagamento judicial ou administrativo.

Parágrafo 1 - O contratante é responsável por todas as informações prestadas, bem como documentações fornecidas ao contratado para o ingresso da ação.

Parágrafo 2 - O contratante está ciente de que a condução técnica do processo cabe exclusivamente as contratadas.

Parágrafo 3 - No caso de desistência do processo após o ajuizamento, se compromete a contratante ao pagamento do valor de um salário mínimo vigente as contratadas no ato de desistência.

Parágrafo 4 - No caso de reconhecimento administrativo superveniente ao ajuizamento judicial, e/ou a prática de atos administrativos por parte das Contratadas após a assinatura do presente contrato são devidos os honorários contratados, no percentual de 30% dos benefícios econômicos auferidos, assim como no caso de substabelecimento.

Recife, 03 de JULHO de 2019.

tarcilafernanda@msn.com

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Número do Sinistro: 3190376484

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

Declaração Circular SUSEP 445/12

Procuração

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Alexandre Tavares Belfort



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199375/19

Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF: 709.180.904-15

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NATHALIA PAOLA AZEVEDO DE SABOIA : 084.416.894-74

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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO : 709.180.904-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
CPF: 709.180.904-15

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





Número: **0019600-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PETIÇÃO CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2020**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (REQUERENTE)		TARCILA FERNANDA PACHECO MARTINS DE ANDRADE (ADVOGADO) JHULIANA PRICILLA FERNANDES DE ASSUNCAO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REQUERIDO)			
RENATO CAMERINO CARNEIRO LEAL PAES BARRETO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73762558	19/01/2021 15:56	ANEXO 2	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2016

Carta nº: 9213285

A/C: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Sinistro: 3160183566 ASL-0123831/16
Vitima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Data Acidente: 20/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 0000018138-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01069/01070 - carta_15R



00020535





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Carlos Rodrigues de MeloPORTADOR(A) DO RG Nº 04896676640EXPEDIDO POR Detran PEEM 12/05/14 ECPF 7.091.809.04-15 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$ menor de R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Carlos Rodrigues de Melo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, Inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SÍSDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0042 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00018138 - 6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 01 de março de 2016
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

SAC DO SEGURADORA SIA



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





16/02/2016

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 002ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VISTA - DP2ªCIRC D1M/1º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0092000514**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/02/2016** às **11:05**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia
20/12/2015 às **13:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 1 - Bairro: SANTO AMARO -**

RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

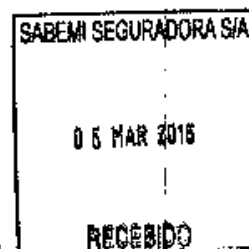
Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR/AGENTE)

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDOS



16/02/2016

Bolém de Quarentena

RODRIGUES DE MELO



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

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA MARIA DO CARMO** Pai: **SEVERINO RODRIGUES DE MELO** Data de Nascimento: **19/9/1974** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3776545/SPS/PE (RG) 70910090415 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:

- 985074202

- 988800278

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ARRUDA (BAIRRO), 456, RUA DAS MOÇAS - BLOCO D APTO 302 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

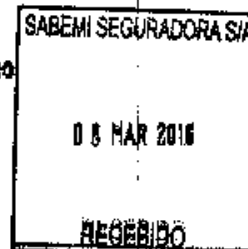
VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDOS**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO**

CARLOS RODRIGUES DE MELO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

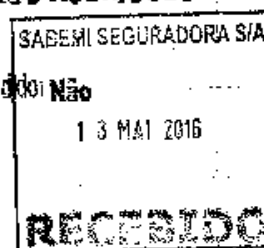
Descrição: **PLACA NÃO ANOTADA**



BICICLETA (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a) **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDOS**

Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação



SEGUNDO O QUEIXOSO, PEDALAVA SUA BICICLETA NA AVENIDA NORTE SENTIDO SANTO AMARO

file:///C:/Users/Policial/Downloads/BOEPreview.html

23

16/02/2016

Boletim de Ocorrência

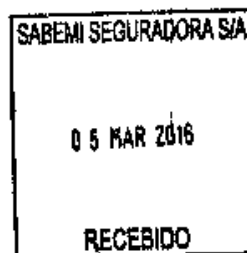
ENCRUZILHADA, QUANDO NA DESCIDA DO VIADUTO UM VEÍCULO DE PLACA NÃO ANOTADA, DIRIGIDO POR UM DESCONHECIDO, COLIDIU COM A BICICLETA, O CICLISTA FOI AO CHÃO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU (OCORRÊNCIA 9-98805) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. O MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL. CASO AFETO A DELEGACIA DA BOA VISTA.

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

Jose Carlos Rodrigues de Melo
JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: ELIEZER LIMA DA SILVA FILHO - MAT 221038-0 - Matrícula: 221038-0

Eliezer Lima



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Carlos Rodrigues de Mello, portador da carteira de identidade nº 3.772.645 e inscrito no CPF/MF sob o nº 709.180.904-15, residente e domiciliado na Rua das Molas, nº 456, Cidade Recife, Estado Pernambuco, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

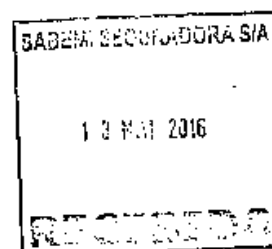
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 01 de março de 2016

Local e data



COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

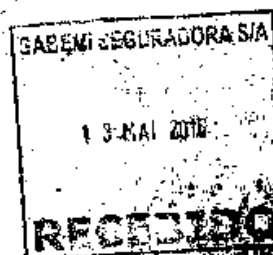
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 176.01.2016
EM: 15.02.2016

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO**, portador da Carteira de Identidade RG nº **3778645** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **709.180.904-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S-98895**, que no dia 20 de dezembro de 2015, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista, por volta das 13h40, na Avenida Norte, nas imediações da Equipadora, no bairro de Encruzilhada, Recife - PE e, encaminhado ao Hospital da Restauração, Recife, 15 de fevereiro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

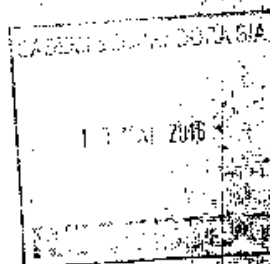
COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 176.01.2016
EM: 15.02.2016

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **JOSÉ CARLOS RODRIGUES DE MELO**, portador da Carteira de Identidade RG nº **3778645** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **709.180.904-15**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S-98895**, que no dia 20 de dezembro de 2015, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo ciclista, por volta das 13h40, na Avenida Norte, nas imediações da Equipadora, no bairro de Encruzilhada, Recife - PE e, encaminhado ao Hospital da Restauração, Recife, 15 de fevereiro de 2016.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



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: 09/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000018138-6

Nr. da Autenticação 80ACB53E2234345F





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Carlos Rodrigues de Melo

RG nº 3.778.645, data de expedição 10/09/04, Órgão SOS PE

CPF nº 709.180.904 - 15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua das moças</u>
Número	<u>456</u>
Apto / Complemento	<u>Ap 302, Bloco D</u>
Bairro	<u>Arruda</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52120-320</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98507-4202 / (81) 98880-0278</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 01 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Jose Carlos Rodrigues de Melo



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.celpe.com.br
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista
Rod. Pernambuco - CEP 50050-900
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0606413-08

Data de emissão:

11/02/2016

01/2016

Total a pagar:

29,84

Comercial: 0800 081 0124 | Provedor: 0800 081 0186
Atendimento ao cliente: 0800 081 0142
Ouvidoria Celpe: 0800 282 5509
Agência de Regulação dos Serviços Públicos do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0187 - Ligação gratuita de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187 - Ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

CLASSIFICAÇÃO

BAIXA FENDA COM NIS
Monofásica

Código de barras

7015906736

DADOS DO CLIENTE

CPF: 708.160.804-15

NIS: 12521851841

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DAS MOÇAS 556 - H 03 AP-302

BL-D
APLDO/RECIFE
52120-320 RECIFE PE

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
002463470	20/01/2016	27/01/2016
SÉRIE DA NOTA FISCAL SÉRIE ÚNICA	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA INSTALAÇÃO
2011335510	2011335510	5853414

Assinatura do Fornecedor
4B71.04C5.37E0.5330.71FD.D56F.30E4.3E82

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados se encontram à disposição, por consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,14258137	4,28	JAN 16 10
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	66,0000000	0,24444235	16,12	FEV 16 10
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,40	MAR 16 10
Contribuição Iluminação Pública			6,55	ABR 16 10
				MAY 16 10
				JUN 16 10
				JUL 16 10
				AUG 16 10
				SET 16 10
				OCT 16 10
				NOV 16 10
				DEZ 16 10
				JAN 17 10

TARIFAS APLICADAS
Consumo Ativo até 30 kWh 0,14258137
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,24444235

TOTAL DA FATURA

29,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

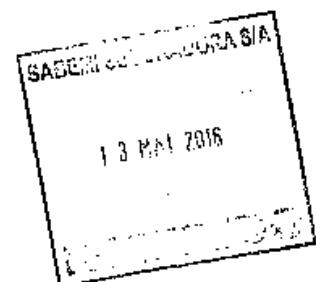
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ricpe 29/02/2016

Assinatura do Declarante: Simone C.R HARA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário

(a) José Carlos Rodrigues de Melo do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima

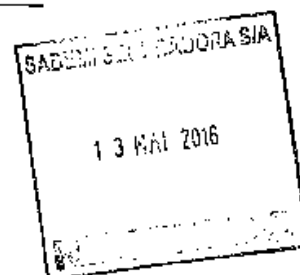
José Carlos Rodrigues de Melo, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Auxiliar Administrativo

Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

Simone CR HARA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 579410/2015

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO.

Foi atendido às 13h41 do dia 20.12.2015

Diagnóstico provável: TCE

Fratura de 1/3 distal de clavícula D
Perduretos corticóntenos em pontos cunha por
dentro sem sinais de fratura de face.
(Atroplamento.)

Tratamento realizado:

TAC de crânio S/ lesões NCR
TAC coluna cervical sem lesões NCR
Sutura do ferimento
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ H.M. Jaboatão em 21.12.15

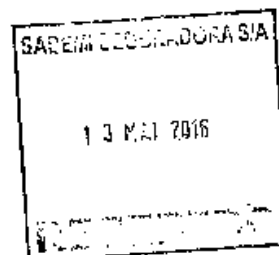
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10.02.16

MÉDICO - CRM No.

SES Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 579410/2015

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO.

Foi atendido às 13h41 do dia 20.12.2015

Diagnóstico provável: TCE

Fratura de 1/3 distal de clavícula D
Ferimentos contusos em pavilão auricular
dentro sem sinais de fratura de face.
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

TAC de crânio s/ lesões NCP
TAC coluna cervical sem lesões NCP
Sutura do ferimento
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Transferido p/ H.M. Jaboatão em 21.12.15

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10.02.16

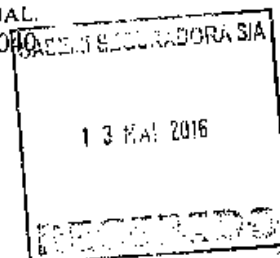
MÉDICO – CRM No.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.A.T.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO

REGISTRO: 423567 DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1974

RG: 3778645 ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE

ENDEREÇO: Rua dos muros n. 456 apt 302 Bloco D

NOME DA MÃE: JOSEDA MARIA DA COSTA

DATA ADMISSÃO: 21/12/2015 DATA ALTA: 29/12/2015

DATA DO PROCEDIMENTO: 28/12/2015 CID: 8420

DIAGNÓSTICO: Fratura do 5º metacarpo Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico este sintoma

Fratura do 5º metacarpo Direito

CIRURGIÃO: Leonardo de Lima Silveira

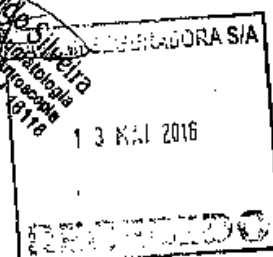
CREMEPE: 66118

JABOATÃO DOS GURARAPES, _____ DE _____ DE _____

Leonardo de Lima Silveira

MÉDICO

Dr. Leonardo de Lima Silveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1016





Rúto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: FABOMOL

Data: 28/12/15

Hora: 17:50

Relatório Geral de Cirurgias

Dr: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Número: 85389
Sexo: Masculino

Prontuário: 723567
Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 02

Histórico Pré Operatório: FRATURA DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA + 5º METACARPO DIREITO

> Operatório:

Cirurgia Realizada: OSTEOSÍNTESE DO 1/3 DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA + Frat. 5º Metacarpo D

- 28/12/15

Cirurgião: COD: 18118 DESC: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

Jr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 18.118 - SNOT 12.000

1. Auxílio Cirúrgico:

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Instrumentador:

Anestesia: Plexo Braquial

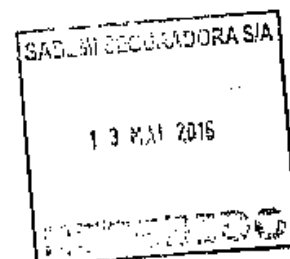
Anestesia:

Anestesiista: COD: 15809 DESC: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

ENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA
EPSIA E ANTISSEPSE
SICÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
SÃO SOB TOPOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA
LIÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS K + FIO ETHIBOND
IFICAÇÃO DA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DO RAIO-X
AGEM COM SORO FISIOLÓGICO
JRA POR PLANOS + CURATIVO

Jr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
CRM 18.118 - SNOT 12.000



Dr MARCOS CRISPIM LIMA-CRM - 23113



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA – FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº. 579410
Nome: TCO LUC
Foi atendido às 13:44 h do dia 20.02.15
Diagnóstico provável TCO LUC
data da alta 20.02.15

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

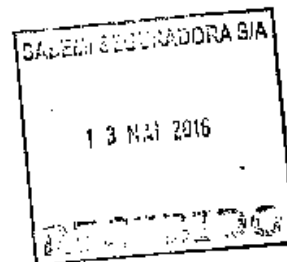
OBS: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Mano no
2 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 85369

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SES - ORTOPEDIA

Cartão SUS:

Responsável:

Observação:

Prontuário: 723587

Hora: 21/12/2015 14:34:21

Naturalidade

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

Data de Nascimento: 19/09/1974

Sexo: MASCULINO

Idade: 41 Anos 3 Meses 2 Dias

Profissão:

CPF:

Identidade: 3077645 - SSP/PE

Fone: 86610053

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai:

Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DO CARMO

Endereço: MOÇAS DE 1 A 1271

Bairro: ARRUDA

CEP: 52120320

Cidade: RECIFE

UF:

Médico: MIRELLA PATRICIO RODRIGUES

CRM: 21971

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

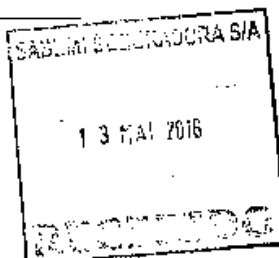
CONDIÇÕES DE ALTA:

Data: 29/12/15 - Hora de Saída: : h - Médico:

Rua Doutor Luis Regueira, 774 - Prazeres - CEP: 54160-594 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Rua 15, 114 - Jaboatão dos Guararapes - PE





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

12-2

FICHA DE ATENDIMENTO - ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

CONVÊNIO: SES - ORTOPEDIA	ATENDIMENTO: 00085369	
RESPONSÁVEL:	CARTÃO SUS:	
OBSERVAÇÃO:		
PRONTUÁRIO: 00723567	HORA ATENDIMENTO: 14:34	DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1974
NOME: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO		
SEXO: Masculino	IDADE: 41 Anos, 3 Meses e 2 Dias	PROFISSÃO: OUTROS
CPF:	IDENTIDADE: 3077645	FONE:
ESCOLARIDADE:	ESTADO CIVIL: Solteiro	CÔNJUGE:
NOME DO PAI:		
NOME DA MÃE: JOSEFA MARIA DO CARMO		
ENDEREÇO: MOCAS DE 1 A 1271, 457		
CEP: 52120320	CIDADE: RECIFE	UF: PE
MÉDICO: MIRELLA PATRÍCIO RODRIGUES - CRM: 21971		
UNIDADE INTERNAÇÃO: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA, LEITO 02		CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HA 1 DIA. ENCAMINHADO DO HR PARA TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

NEGA COMORBIDADES E ALERGIA MEDICAMENTOSA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, A.A.A. CONSCIENTE ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, 2T, BNF SEM SOPRO

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

NDN

GENITO - URINÁRIO:

NDN

OUTROS:

ESCORIAÇÕES DIFUSAS *

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVÍCULA D

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

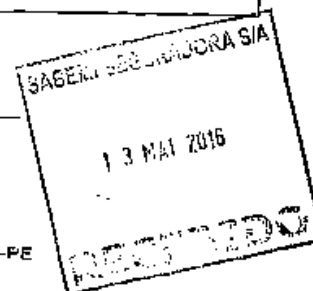
CONDIÇÃO DE ALTA:

DATA: 29-12-15

HORA DE SAÍDA:

Dr. Mirella P. Rodrigues
CRM 21971

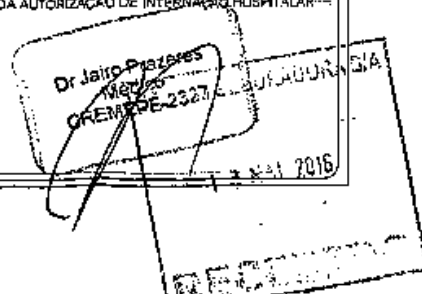
MIRELLA PATRÍCIO RODRIGUES - CRM - 21971



Rua Doutor Luís Regueira, 774 - Prazeres - CEP: 54160-594 - Jaboatão dos Guararapes-PE
Telefone: (81) 3461.5300 - www.hmgpe.org



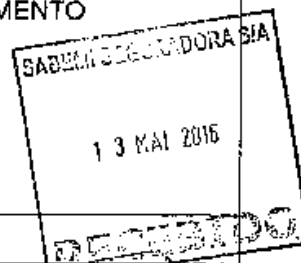
	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		2 - CNES 5 3 5 6 0 6 7
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		4 - CNES 5 3 5 6 0 6 7
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE Jose Carlos Rodrigues de Melo		6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 		8 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1971
9 - SEXO M		10 - RAÇA/COR 13
11 - NOME DA MÃE Joselia m. do Carmo		12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL Marcos de 1 a 1271		14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Aracaju - Recife		16 - CID-10 52/20 320
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com febre de chlamídia 1º e 5º metacarpiano direito submetido em 1º tempo à amputação da chlamídia. Remota de novo procedimento cirúrgico		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Ex clínico + Rx		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura 5º metacarpiano		
24 - CID-10 PRINCIPAL 		
25 - CID-10 SECUNDÁRIO 		
26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS 		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
29 - CLÍNICA 	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 	31 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 21/2/2015
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 		35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO 	37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 	38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA 		40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE 		42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNPJ DA EMPRESA 		44 - CBO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ ALTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 	



Sumário de Admissão e Alta



Nome do paciente: <u>Jose Carlos Rodrigues de Melo</u>			
Clínica: <u>Ortopedia</u>		Enfermaria: <u>12</u>	Leito: <u>2</u>
Nº prontuário: <u>123567</u>		Nº AIH:	
Diagnóstico inicial (constante no laudo médico): <u>Fratura de clavícula</u>			CID:
Procedimento solicitado:			Código:
Tempo de permanência previsto:			
Procedimento realizado:			Código:
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	<u>Leonardo Silveira</u>	<u>16118</u>
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiistas	<u>Diana Souza</u>	<u>15809</u>
07	Clínico		
08	Clínico		
Procedimentos especiais ☐ Mudança de procedimento ☐ Diária de UTI ☐ Diária de acompanhante ☐ Vacina Anti-Rh ☐ ☐ Uso de prótese órtese ☐ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de oxigenadores ☐ Nutrição parenteral ☐			
Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL COM ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal:		CID:	
Diagnóstico secundário:		CID:	
Motivo da alta: <u>MELHORADO</u>			
Internação: <u>21/12/15</u>		Alta: <u>29/12/15</u>	
Dias de hospitalização:			



Dr. Jairo Prazeres
Medicina
CRM-PE-2127

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 2407 0000





Instituto Alcides D'Andrade Lima

Usuário: FABIOMCL

Data: 28/12/15

Hora: 17:48

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO
Atendimento: 85369
Sexo: Masculino

Prontuário: 723567

Unidade de Internação / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA, LEITO 02

Diagnóstico Pré Operatório: FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

Risco Operatório:

Cirurgia Realizada: OSTEOSINTESE FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO

Data: 28/12/15

01. Cirurgião: COD: 18118 DESC: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA
02. 1. Auxílio Cirúrgico:
03. 2. Auxílio Cirúrgico:
04. 3. Instrumentador:
05. Anestesia: Plexo Braquial
06. Anestesia:
07. Anestesista: COD: 15809 DESC: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

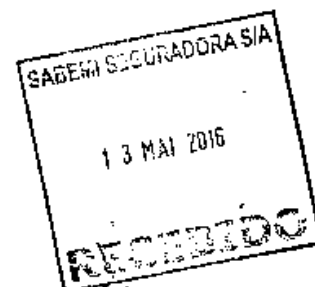
Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
RM 18.118 - SROT 12.00

Descrição da Cirurgia:

ENTE EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISÃO SOB TOPOGRAFIA DO 5º METACARPO DIREITO
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS K
VERIFICAÇÃO DA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DO RAIO-X
LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO
SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscopia
RM 18.118 - SROT 12.00

FABIO MARCOS CRISPIM LIMA - CRM - 23113



LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO – (AO INSS – PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

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

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

CID-10: S 42.0
DATA DE INTERNAMENTO: 21/12/2015
DATA DO PROCEDIMENTO: 28/12/2015
DATA DE ALTA: 29/12/2015

CONSULTA DE RETORNO: 11/01/2016 AS 7H
MÉDICO ASSISTENTE: DR LEONARDO SILVEIRA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 29/12/2015

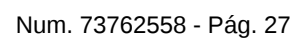
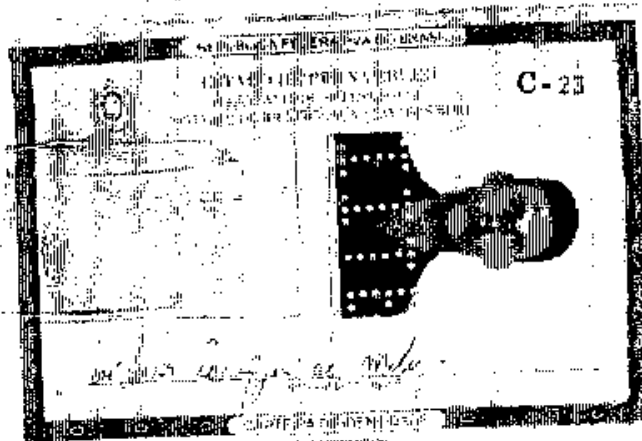
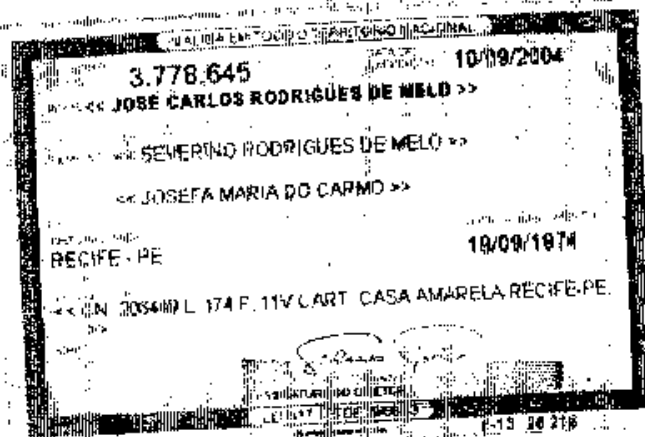
Fábio Marios Crispim Lima
MÉDICO
CRM-PE: 23.113

MÉDICO (A)



Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 51161-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br





VALIDA EN TODO
EL TERRITORIO NACIONAL
873584645

873584645
PROBID PLASTIFLEX



01/03/2016

Comprovante de Inscrição no CPF



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **709.180.904-15**

Nome da Pessoa Física: **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO**

Data de Nascimento: **19/09/1974**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:39:23** do dia **01/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B43F.E8D8.E76F.01E4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





56069372
 LOCAL
 LONDRINA, PR
 27/02/2014
 5882304036
 PR90537428



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160183566 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO **Data do acidente:** 20/12/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico leve. Ferida corto-contusa em pavilhão auricular direito. Fratura de 5º metacarpo direito. Fratura de clavícula direita.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere parestesia na hemiface direita, cefaleia, dor e diminuição de força na mão direita, dificuldade de movimentos do ombro direito. Refere ainda uso de antidepressivo e ansiolítico devido a quadro depressivo ocorrido após o acidente. Ao exame apresenta cicatriz em região auricular direita, deformidade no 5º quirodáctilo direito por consolidação viciosa de fratura do 5º metacarpo, diminuição da preensão palmar direita, bloqueio articular parcial do ombro direito com limitação dos movimentos de rotação e abdução do ombro.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento clínico de suporte e realização de exames complementares para o traumatismo crânio encefálico. Foi submetido a sutura de ferida em pavilhão auricular direito. Foi submetida a tratamento cirúrgico: osteossíntese de 5º metacarpo direito com fixação por fios de Kirschner, redução da fratura de clavícula direita e fixação por fios de Kirschner. A vítima não apresentou boa evolução clínica, com consolidação viciosa em ambas as fraturas e prejuízo da mobilidade das articulações envolvidas.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro superior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcão

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

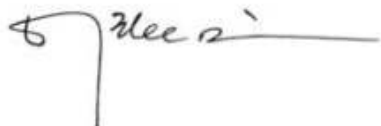
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160183566 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO **Data do acidente:** 20/12/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE, FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, 5º METACARPO DIREITO E FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão desempregado
Documento de Identificação CNH, nº 04896676640, data de
expedição 12/05/2014, CPF/MF nº 709.120.904-15, residente e domiciliado(a)
à Rua das Molas, Nº 456, Cidade de Recife,
Estado Pernambuco, CEP: 52120-320, Telefone: 43 3031-2323, 43 3031-2327

OUTORGADO: MARCIO RODRIGO CANTONI, CPF sob o nº 017.358.559-01 e RG sob o nº 7.041.403-1, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: JOÃO CARLOS THEODOROWICZ, CPF sob o nº 787.533.259-15 e RG sob o nº 5.859.889-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, CPF sob o nº 075.400.659-07 e RG sob o nº 8.220.553-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: DAVID JUNIOR BRAS DOS REIS, CPF sob o nº 005.829.209-81 e RG sob o nº 8.236.406-4, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: FLAVIA FERREIRA DUARTE, CPF sob o nº 066.889.459-83 e RG sob o nº 10.111.047-8, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

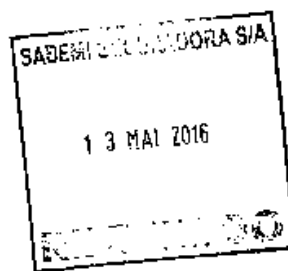
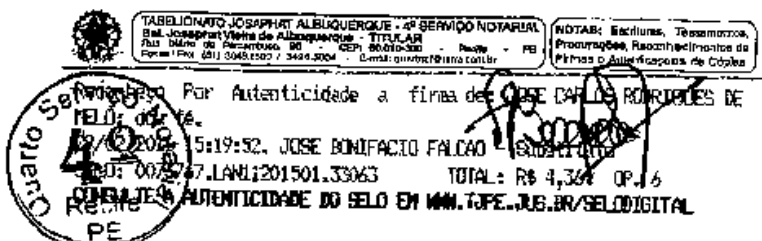
Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife, 29 de Fevereiro de 20 16.

OFÍCIO

JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELLO
OUTORGANTE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CARLOS RODRIGUES DE MELO** Sinistro: **3160183566** Data: **20/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua das Moças, 456 - Arruda - Recife - PE - CEP 52120-320**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **3778645**

Data local do exame: [**06/06/2016**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Traumatismo crânio encefálico leve. Ferida corto-contusa em pavilhão auricular direito. Fratura de 5º metacarpo direito. Fratura de clavícula direita. Vítima refere parestesia na hemiface direita, cefaleia, dor e diminuição de força na mão direita, dificuldade de movimentos do ombro direito. Refere ainda uso de antidepressivo e ansiolítico devido a quadro depressivo ocorrido após o acidente. Ao exame apresenta cicatriz em região auricular direita, deformidade no 5º quirodáctilo direito por consolidação viciosa de fratura do 5º metacarpo, diminuição da preensão palmar direita, bloqueio articular parcial do ombro direito com limitação dos movimentos de rotação e abdução do ombro.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento clínico de suporte e realização de exames complementares para o traumatismo crânio encefálico. Foi submetida a sutura de ferida em pavilhão auricular direito. Foi submetida a tratamento cirúrgico: osteossíntese de 5º metacarpo direito com fixação por fios de Kirschner, redução da fratura de clavícula direita e fixação por fios de Kirschner. A vítima não apresentou boa evolução clínica, com consolidação viciosa em ambas as fraturas e prejuízo da mobilidade das articulações envolvidas.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Ana Falcão
Dra. Ana Maria Barros Falcão
CRM: 8978 - PE

Ana Maria Barros Falcão - CRM: 8978 - PE

