



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. CAMECA - NUN. - 00152 - MAURICIO DE NASS
AU CARUARU, PE 55012-330



DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 184496060 Set/2017		
MARIO JANDOIR DE ARAUJO R COLOMBIA, N. 00047 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-260				
INSCRIÇÃO: 041.541.330.0171.000 GRUPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 184496060				
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
LIGADO	FACTIVEL	1		
HIDRÔMETRO A13B006701	DATA LEIT. ANTERIOR 26/08/2017	DATA F.E.T. ATUAL 26/09/2017	LEIT. DE CONSUMO (ML) MÉDIA HD	
AGUA: LEIT ANT: 308 CONSUMO: 17 LEIT ATU: HD SOTERRADO LEIT PAT: 325				
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT.	ANÁLISES	ATENDEM.
		MS. 2.914/11	REALIZ.	A. LEGIS
08/2017 17	TURBIDEZ	166	169	12
07/2017 15	COR APARENTE	166	169	0
06/2017 14	CLORO RESIDUAL	166	169	169
05/2017 18	COLIF. TOTAIS	166	169	168
04/2017 18	E. COLI	166	169	169
03/2017 18				
MÉDIA: 17	Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				

55.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170538861

Cidade: Jataúba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANILO PAIVA FERREIRA

Data do acidente: 26/09/2016

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO (POLEGAR) DIREITO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA OPOÊNCIA DO POLEGAR DIREITO, MAS FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA. FLEXO-EXTENSÃO DAS FALANGES PRESERVADAS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE AÇO E FISIOTERAPIA SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO POLEGAR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



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 MARIO JANDOIR DE ARAUJO, portador(a) do

RG nº 2923963, expedido por S.D.S. PE, em

05/04/2017 CPF/CNPJ nº 386058134-75

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DANILO PAIVA FERREIRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DANILO PAIVA FERREIRA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Mário Jandoir de Araújo 04 OUT. 2017
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO,
RG nº 6093724, data de expedição 25.10.17998
Órgão S.S.P. PE, portador do CPF nº 037836744-08, com
domicílio na cidade de JATAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DANILO PAIVA FERREIRA cujo o condutor era
DANILO PAIVA FERREIRA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 725 FAN KS
Ano: 2012
Placa: PFZ 4607
Chassi: 9C2JC4710CR566296
Data do Acidente: 26-09-2016
Local e Data: JATAUBA 14-09-2017

Jandira monteiro das silva mario
Assinatura do Declarante 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 155, SL 902 BL. C
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO UNICO JOSE LOPES DE SIQUEIRA / Rua: Maria Angélica de Queiroz, 100 - Jatauba - PE
Assinatura: Jandira Monteiro da Silva Mario
Data: 14/09/2017 15:57:18 à 04/10/2017 15:57:18
Substituto: ROSSINI LINDOM DE OLIVEIRA
Emp. RA: 4%, TEF: R\$0,78, PERC: R\$0,39
0150706-JX100201702-00344



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Jandira Monteiro da Silva Nairó
 RG nº 6093724 data de expedição 25/04/1998
 Órgão SSP-PE portador do CPF nº 035.836.744-08 com
 domicílio na cidade de Jatobá no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua R. C. C. nº 78
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Daniela Paiva Ferreira cujo o condutor era
Daniela Paiva Ferreira.

Veículo: PAS MOTO CICLETA
 Modelo: HONDA/CG125 FAN KS
 Ano: 2012
 Placa: PF24607
 Chassi: 9C23CH110CR566296
 Data do Acidente: 17-10-2017
 Local e Data: JATOBÁ 17-10-2017

CUJES

Jandira Monteiro da Silva Nairó
 Assinatura do Declarante

x Daniela Paiva Ferreira
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO ÚNICO JOSÉ LOPES DE SIQUEIRA - Rua Maria José de Queiroz, 100 - Jd. Santa Helena - J. Recife - PE - CEP: 51040-000


Reconheço por AUTÊNTICA a firma de JANDIRA MONTEIRO DA SILVA NAIRÓ em 17/10/2017 14:51:03 e dou fe. Em Jatobá.

QUESTITIVO: ROSSENI LINDEN DE ARAÚJO

Rosenni Linden de Araújo
 End. R. 30, 3º And. 500, 70, Fone 344.374 - 155
 0150705.ULD07201701.00732

0001-41
 J. LOPES DE SIQUEIRA
 17/10/2017
 Rua da Aurora, nº 175 - 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.050-010
 Recife - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388019/17
Vítima: DANILO PAIVA FERREIRA
CPF: 131.754.254-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2016
Titular do CPF: DANILO PAIVA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo

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.

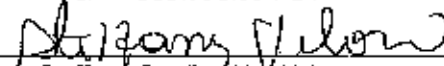
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2017
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15


MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381511/17
Vítima: KELI CRISTINA DE SOUZA
CPF: 405.925.218-26

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2016
Titular do CPF: KELI CRISTINA DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

Procuração

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.

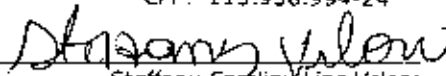
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2017
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2017
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



135/26/09/2016

Nº Atendimento 421 250

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data do Atendimento
Hora do Atendimento

26/09/2016
10:32:44



Paciente DANILLO PAIVA FERREIRA

Cartão SUS: 700.005.192.067.809

Sexo: M Data de Nascimento: 16/02/1998 Idade: 18 ano(s), 7 meses e 10 dias

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Nº Prontuário:

Filiação: MIO ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

Pai: JOSÉ FERREIRA FILHO

Endereço: SÍTIO JUCURUTU

Nº

Bairro:

DDD: 081

Fone: 981490818

CEP

JATÁUBA - PE

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepcionista: SÉRGIO BRENO DE SOUSA

Técnico de Enfermagem

JOSÉ JOSEILDO DA SILVA

Médico(a): NICACIO AMORIM

Pressão Arterial: x

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Doenças Condições Referidas e ou Alergias:

Preferir: Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trajetado () 36 Violência

Descrição:

Histórico da Doença Atual:

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

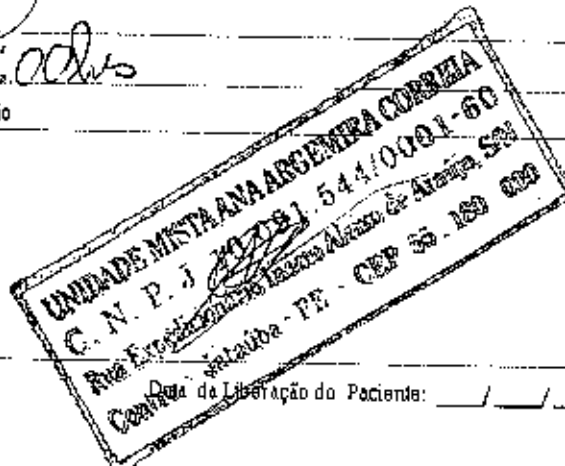
Observação:

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

* 11/05/2017 ITU * 17/03/2017 * 20/12/2016 GASTRITES

Última Conduta Realizada:

11/05/2017 GENTAMICINA EV



Dr. Nicácio Amorim
MÉDICO
CRMPE 23.622

Tipo de Atendimento: () Urgência/Emergência () Ambulatório

Dr. Nicácio Amorim
MÉDICO
CRMPE 23.622

Carimbo e Assinatura do Médico(a):
05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETOR
DE SEGUROS LTDA

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepcionista

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81)3746-1151 Fax (81)3746-1132 - Jataúba - PE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C - N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: **DAHLIO DE FAYA FERREIRA**

Código do Paciente Na Unidade:

Sexo: **M** Data de Nascimento: **16/02/1996** Idade: **23 ANO(S)**

Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço: **Mãe ODETE DE FAYA NASCIMENTO FERREIRA**

Pa: **JOSE FERREIRA FILHO**

Endereço: **SITIO JUCU SUTI**

UF: **JATÁUBA - PE**

Médico(a) Solicitante: **DR. FELIPE MARIANO**

Tempo de Duração:

Tempo de Duração: 1 mês (aproximadamente) Senha 5010251

Outros:

Tipo de Referência:

Proceder Em Caso de Casos Especiais (Acidentes ou Violência)

() 1) Acidente de Trânsito () 2) Acidente de Trabalho Típico () 3) Acidente de Trabalho Trajetória () 4) Violência

Encomendado / Motivo do Encomendado / Descrição:

*TRATAMENTO ESPECIAL PRONTO SOCORRO
Nº 1010 - FICHA DE REFERÊNCIA E AVALIAÇÃO
Exatidão Avaliação (Referência) de
Unidade*

Dr. Felipe Mariano
MÉDICO
CRM 12.345

Carimbo e Assinatura do Médico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

CÓDIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE REGULAÇÃO: 1241

ATA INTERMUNICIPAL DO ALBO DE AVALIAÇÃO - CENTRO DE REGULAÇÃO DE SAÚDE

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: DANILO PAIVA FERREIRA

Data Nasc.: 16/02/1998

Idade: 18

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF: 13175425410

RG: 10150856

CNS: 700005192067809

Endereço: SÍTIO JURUCUTU

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: JATAUBA

Estado: PE

CEP: 55180000

Fone: 981490818

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 282242

Prontuário: 283830

2 - ATENDIMENTO

Data: 26/09/2016 13:43

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Wound na Mão (D) OI DENE

Exame Físico:

EDENIA.

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Fratura 1º MFC (D)

Fratura Mão (D)

Prescrição:

Diet:

Data

Horário

Ator Lev

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

Al Danilo Pava Teueres

laudo de idin

O punção por ultrassom de tumor,
apontando fístula do 1º metacarpo
direito, subcutânea à distância
de vasos (fístula com traço de
tes). Enche com cor vermelha de
fístula de dor residual.

CMDT = 562-3

Dr. Felipe Gomes
CRM-PB 7451
CRM-PE 21025

M. P. 11/17

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Protocolo: 001 09.0174

MS-DATASUS
VERSÃO: 13.40

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AII - SISAB-01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AII

O.E: M260190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 01/2017

PAG: 1
DATA: 18/01/2017

Num AII: 261610506081-1

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INCIAL

Apresentação: 01/2017

Data Autorização: 01/10/2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260190001

CRC: 06F816E2C3

Doc autorizador: 980016003672395

Doc med resp: 204322838720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solíc: 100512653070003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70000519208780-9

Paciente: DANILO PAIVA FERREIRA

Prontuário: 111420

Data Nasc.: 16/02/1998 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 10150856

Responsável pac.: DANILO PAIVA FERREIRA

Nome da Mãe: ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

Endereço: SÍTIO JURUCUTU Bairro: SÍTIO

Raça/Cor: 04-AMARELA Ethnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 280600 - JATAUBA

UF: PE CEP: 55180-000

Telefone: (01)0331-62425 Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 04.08.02.046-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Procedimento principal: 04.08.02.046-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Diag. principal: S620-FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 01/10/2016

Data saída: 07/10/2016

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAB-01:

AII Anterior:

AII Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CSOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Link Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Anular Valor n°	Qtde	Cmot	Descrição
1 0408020466 100512653070003 225210(1)	2344254	2344254	2344254	1	10/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS
2 0408020466 204322571080018 225151(6)	2344254	2344254	2344254	1	10/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS DOS
3 0402010016	2344254	2344254	2344254	0	10/2016	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM
4 0401010015 980016286070848 223505	2344254	2344254	2344254	7	10/2016	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CBO SECUNDÁRIO

CBO	Característica	Descrição
Y336	PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos		Número de Saídas		N° Pré-Natal:	
Vivos:	Mortos:	Altas:	Transf.:	Óbitos:	

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Rogemundo Francisco Aragão Filho
Médico
CREMEPE: 5379

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Conferido Com Documento
Original Bazeiros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ana Antonin
Assessora Social
CREMEPE 4.471



REGISTRO GERAL 10.150.856 DATA DE EMISSÃO 02/02/2015

Nome << **DANILO PAIVA FERREIRA** >>

Filiação << **JOSÉ FERREIRA FILHO** >>
<< **ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA** >>

Naturalidade JATAÚBA - PE DATA DE NASCIMENTO 16/02/1998

DOC. ORIGEM 0755610155 1998 1 00010 017
0010575 70 JATAÚBA - PE

Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.196 DE 29/08/88

415023982505102824.6318209 F-65 20-649 - 0000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL 01R32

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BLUM

Daniilo Paiva Ferreira
Assinatura do Titular

PARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
131.754.254-10

Nome
DANILO PAIVA FERREIRA

Nascimento
16/02/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
FEAF 24AD.6A85.E469

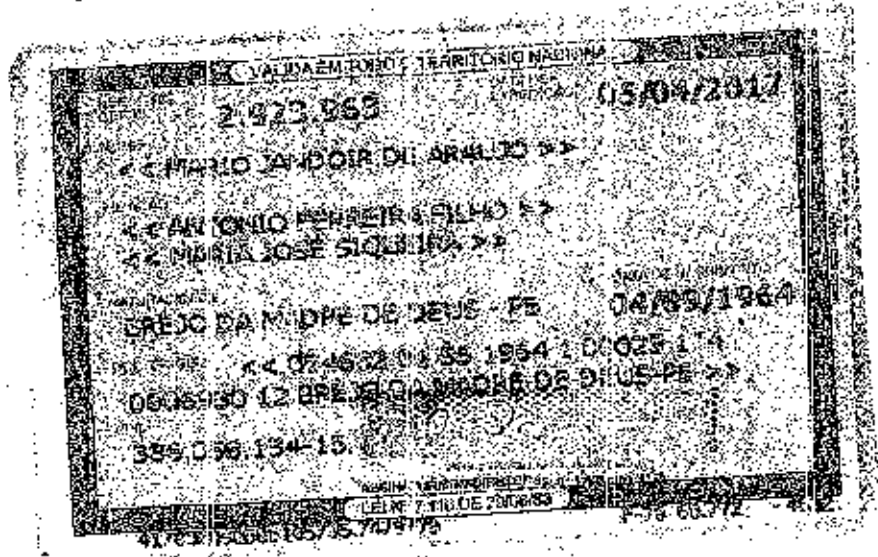
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09/31/03 do dia 24/08/2015 (hora e data de Brasília)
digno verificador: 00

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-43
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170538861 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANILO PAIVA FERREIRA **Data do acidente:** 26/09/2016 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11792144

A/C: DANILO PAIVA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170538861 ASL-0388019/17

Vitima: DANILO PAIVA FERREIRA

Data Acidente: 26/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **04/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11792557

A/C: DANILO PAIVA FERREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170538861 ASL-0388019/17

Vítima: DANILO PAIVA FERREIRA

Data Acidente: 26/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **DANILO PAIVA FERREIRA**

Sinistro: **3170538861**
Vítima: **DANILO PAIVA FERREIRA**
Data do Acidente: **26/09/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARIO JANDOIR DE ARAUJO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170538861** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12069382

A/C: DANILO PAIVA FERREIRA

Nº Sinistro: 3170538861
Vítima: DANILO PAIVA FERREIRA
Data do Acidente: 26/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

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: **DANILO PAIVA FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **001**

Agência: **000002213-6**

Conta: **000010013591-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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, DANILO PAIVA FERREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 10.380.856 EXPEDIDO POR SPS - PE EM 02/02/2015 E

CPF 133754100-00 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANILO PAIVA FERREIRA, 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 aparecerem 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 SISDPVAT 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 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2213-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13591-7

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) _____

05.802.494/0001-4

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.

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Caruaru - PE, 20 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

Daniilo Paiva Ferreira
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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2017 - Autoatendimento - 10:57:20
015971661 0328

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO DANILLO PAIVA FERREIRA
AGENCIA: 2213-6
CONTA: 13.591-7
VARIACAO 51
VALOR *
NR. ENVELOPE 2.723.282,881

* Acolhido em: 04/10/2017, na Agência 0159-7.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS
CREDITOS EM POUPANCA EFETUADOS A PARTIR
DE 04/05/2012 ESTAO DISCIPLINADOS
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 0800-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Danilo Paiva Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Liberdade, 185
Mangue Seco Jatauba PE CEP: 55180-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10150856
Data local do exame: [28/11/2017] Caruaru [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)
- FRATURA DE 1º METACARPO (POLEGAR) DIREITO**
LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA OPONÊNCIA DO POLEGAR DIREITO, MAS FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA. FLEXO-EXTENSÃO DAS FALANGES PRESERVADAS.
- 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.
- FOI ATENDIDO NO HOSP DE JATUBA, ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA NO HOSP REGIONAL E ENCAMINHADO PARA CIRURGIA NO HOSP DE BEZERROS, DE ONDE RECEBEU ALTA SEM INTERCORRÊNCIAS**
Data da alta: OUT/16
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE AÇO E FISIOTERAPIA
Complicações: NENHUMA
- 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 IMPORTANTE DA OPONÊNCIA DO POLEGAR DIREITO, COM PREJUÍZO IMPORTANTE DA FUNÇÃO DO MESMO**
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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| DEDO POLEGAR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 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.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0201000289

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/09/2017** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **28/9/2016** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, SÍTIO JURUCUTU - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO (OUTRO)
DANILO PAIVA FERREIRA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

DANILO PAIVA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FILHO Pai: JOSE FERREIRA FILHO Data de Nascimento: 16/2/1998 Naturalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10150858/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 981755295

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, SÍTIO JURUCUTU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**09.802-494-0001-14
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

**MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO, que estava em posse do(a) Sr(a): DANILO PAIVA FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE**

Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMOU O DEPOENTE ESTAVA NA SUA MOTO DESCRITA NO BO VINDO DO SÍTIO JURUCUTU PARA A

CIDADE DE JATUBA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO, POIS BATEU EM UMA PEDRA, E NA QUEDA O DEPOENTE QUEBROU UM DEDO DA MÃO DIREITA CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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

+ Danilo Paiva Ferreira
DANILO PAIVA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIZ CARLOS PIRES NUNES JUNIOR - Matrícula: 273185-1

RECIFE - PE
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
04 OUT 2017
Luiz Carlos Pires N. Nunes
AGENTE DE POLÍCIA
MAT. 273.185-1

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATÁUBA - DP111ªCIRC
DINTER1/15ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0201000350

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2017** às **16:29**

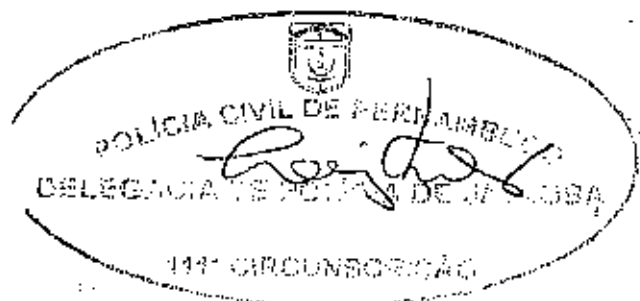
Complementa o BO Número: **17E0201000289**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/9/2016** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATÁUBA, 1, SÍTIO JURUCUTU - Bairro: ZONA RURAL - JATÁUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR/AGENTE)
JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO (OUTRO)
DANILO PAIVA FERREIRA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANILO PAIVA FERREIRA**

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

DANILO PAIVA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FILHO Pai: JOSE FERREIRA FILHO Data de Nascimento: 16/2/1998 Naturalidade: JATÁUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10150856/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 981755295

05.802.494/0001-41

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JATÁUBA, 1, SÍTIO JURUCUTU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - JATÁUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DE SEGUROS LTDA

JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Boa Vista - CEP: 51.150-010 RECIFE-PE

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

MOTO (VEÍCULO) - de propriedade do(a) Sr(a): JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO, que estava em posse do(a) Sr(a): DANILO PAIVA FERREIRA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG Objeto apreendido: Não

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFZ4607** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC410CR566296**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMOU O DEPOENTE ESTAVA NA SUA MOTO DESCRITA NO BO VINDO DO SÍTIO JURUCUTU PARA A CIDADE DE JATAUBA QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO, POIS BATEU EM UMA PEDRA, E NA QUEDA O DEPOENTE QUEBROU UM DEDO DA MÃO DIREITA CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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

Daniilo Paiva Ferreira

DANILO PAIVA FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Luiz Carlos Pires Nunes Junior* Matrícula: **273185-1**

Luiz Carlos Pires Nunes Junior

05.802.494/0001-4
TRAFEGO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SE 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DAVIZO PAIVA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 10.150.856 e inscrito no CPF/MF sob o nº 333.753.254-10, residente e domiciliado na RUA DA LIBERDADE Nº 383, Cidade JATAUBA, Estado PE, 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
- (☐) 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.

Davizo Paiva Ferreira

Assinatura do declarante 05.802.494/0001-41
conforme documento de identificação
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

CARWAN-PE 20 de setembro de 2017

Local e data



FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data do Atendimento
Hora do Atendimento

26/09/2016
10:32:44



Cartão SUS: 700.005.192.067

Nº Prontuário:

Paciente: **DANILLO PAIVA FERREIRA**

Sexo: **M** Data de Nascimento: **16/02/1998**

Idade: **18 ano(s), 7 meses e 10 dias**

Profissão: **Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores semelhantes**

Filiação: **Mãe ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA**

Endereço: **SÍTIO JUCURUTU**

Pai: **JOSÉ FERREIRA FILHO**

DDD: **081** Fone: **981490818** CEP: **JATAUBA-PE**

Responsável/Trazido por: **O MESMO**

Recepção: **SÉRGIO BRENO DE SOUSA**

Médico(a): **NICACIO AMORIM**

Técnico de Enfermagem: **JOSE JOSEILDO DA SILVA**

Pressão Arterial: **x** Pulso: **x** Temperatura: **x**

Doenças Condições Referidas e ou Alergias: **x**

Preferir Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

☒ 33 Acidente de Trânsito ☐ 34 Acidente de Trabalho Típico ☐ 35 Acidente de Trabalho Trajetos ☐ 36 Violência

Descrição:

Histórico da Doença Atual



Paciente vítima de acidente com motocicleta

Diagnóstico Provisório

Conduta:

FRATURA POR TRAUMA DE SOMBEL
- ANALGESIA
- IMOBILIZAÇÃO
- TRANSFERÊNCIA

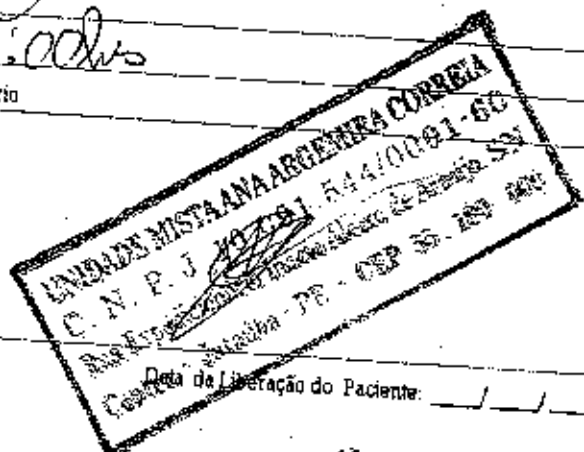
Observação:

Enfermeira: Bárbara Silva
Tratamento: imobilização
AS 15:00hrs

(14032 RACIOMAR ALVES)
SOMA: 5010-211

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

* 11/05/2017 ITU 17/03/2017 * 20/12/2016 GASTRITES
Última Conduta Realizada:
11/05/2017 - GENTAMICINA EV



Dr. Nicácio Amorim
MÉDICO
CRMPE 23.622

Tipo de Atendimento: ☒ Urgência/Emergência ☐ Ambulatório

Dr. Nicácio Amorim
MÉDICO
CRMPE 23.622

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Carimbo e Assinatura **04.907.494/0001-41**
TRACÃO CORRÊA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura do Recepcionista

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANILO PAIVA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02213-6

CONTA: 000010013591-9

Nr. da Autenticação 1583FEF2443DF29F

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, DANILLO PAIVA FERREIRA

RG nº 10.150.856, data de expedição 02/02/2015, Órgão SDS-PE

CPF nº 131.754.254-10, 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 DA LIBERDADE</u>
Número	<u>383</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MANGUE SECO</u>
Cidade	<u>JATUBÁ</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>35380-000</u>
Telefone de Contato	<u>81.9.9403-3354 / 81.9.9832-9777</u>
E-mail	<u>MJANDIN@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CARUARU-PE 20 de SETEMBRO de 2017

Assinatura do Declarante: Danilo Paiva Ferreira

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Toda Social de Energia Elétrica: Cida pela Lei 10.438, de 25/04/02
NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. 20 de Março, 175, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50.060-010
CNPJ 10.683.532/01-56 | Ins. Est. 01.0543-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DA LIBERDADE 165

CPF: 033.039.304-20 NIS: 16548639089

MANUE SECONJATUBA
JATUBA PE
55160-003

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMISS
Monofásico

CONTA DE UTILIZAÇÃO Nº 001885808
UNICA 18/03/2017

18/03/2017 23/03/2017 1785244

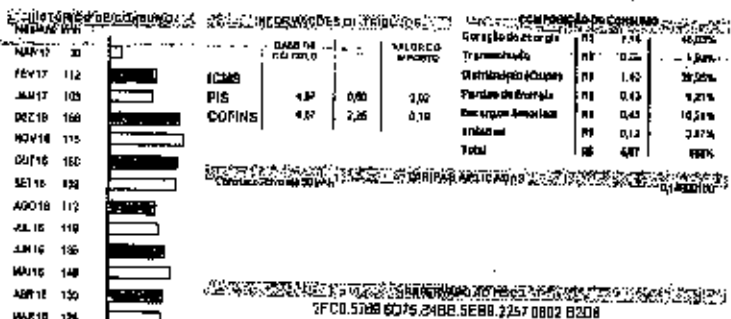
CONTRATO	7004517312	03/2017
DATA DE EMISSÃO	23/03/2017	13/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	1,82	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Alvo até 30 kWh	30,0000000	0,16718811	4,99
Atenuação Gêneros AMARELA			0,11
Contribuição Iluminação Pública			0,97
Multa por atraso NF 001881580 - 14/02/17			0,56
Juros por atraso NF 001881580 - 14/02/17			0,02
Compensação CMIC 01/17			4,29

TOTAL DA FATURA 1,82

Nº DO MÊS/ANO VIGÊNCIA	Tipo da Fatura CAT	Anterior DATA 14/03/17	Anterior LEITURA 15.552,00	Atual DATA 14/03/17	Atual LEITURA 16.533,00	Nº DO MÊS/ANO VIGÊNCIA	COMPARANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
03/17						03/17	1,82000		16,00



SINCRONIZAÇÕES IMPORTANTES
Fatura de energia elétrica emitida em nome de ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA, inscrita no CPF nº 033.039.304-20, residente e domiciliada em RUA DA LIBERDADE 165, JATUBA, PE, CEP 55160-003. A fatura foi emitida em nome do titular da conta de energia elétrica, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56.

NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA
Esta fatura é emitida em nome do titular da conta de energia elétrica, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56, inscrita no CNPJ nº 10.683.532/01-56.

CONSUMO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Consumo Alvo até 30 kWh	0,16718811	4,99	0,16718811	4,99
Atenuação Gêneros AMARELA		0,11		0,11
Contribuição Iluminação Pública		0,97		0,97
Multa por atraso NF 001881580 - 14/02/17		0,56		0,56
Juros por atraso NF 001881580 - 14/02/17		0,02		0,02
Compensação CMIC 01/17		4,29		4,29

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RECIFE-PE
CEP 50.060-010