



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC.EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NUM. - 00152 - MAURICIO DE NASSAU CARUARU PE 55012-330



DADOS DO CLIENTE  
MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
R COLOMBIA, N. 00047 - MAURICIO DE MASSAU CARUARU PE 55012-260

INSCRIÇÃO: 041.541.330.0171.000 GRUPO:3 DEB AUTOMATICO: 104896060

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS
LIGADO	FACTIVEL	VENTRICAL FONTE: ANGOSTURA HUERITA
HIDROMETRO A138006701	DATA F.T. ANTERIOR: 26/08/2017	DATA F.T. ATUAL: 26/09/2017
		KWH DE CONSUMO (ME)
		MÉDIA HD

AQUA:

LEIT ANT: 368 CONSUNMO:17  
LEIT ATU: HD SOTERRADO  
LEIT PAT: 325

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

08/2017 17  
07/2017 15  
06/2017 14  
05/2017 18  
04/2017 18  
03/2017 18  
MEDIA: 17

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
TURBIDEZ	166	169	12
COR APARENTE	166	169	0
CLORO RESIDUAL	166	169	169
COLIF. TOTAIS E. CILI	166	169	169
	166	169	169

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SÉRVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, N° 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** LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA OPONÊNCIA DO POLEGAR DIREITO, MAS FUNÇÃO DA MÃO PRESERVADA. FLEXO-médico pericial: 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 ALMEIDA, portador(a) do RG nº 2923963, expedido por S.D.S. PE, em 05/04/2017, CPF/CNPJ nº 386 058 134 - 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

Walmir Júnior L. Freyre 04 OUT. 2017  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Nra 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 25.10.04.17998  
Órgão S.S.P. PE, portador do CPF nº 03183674408, com  
domicílio na cidade de JATAUBA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
rrº,

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 DANILIO PAIVA FERREIRA cujo o condutor era DANILIO PAIVA FERREIRA.

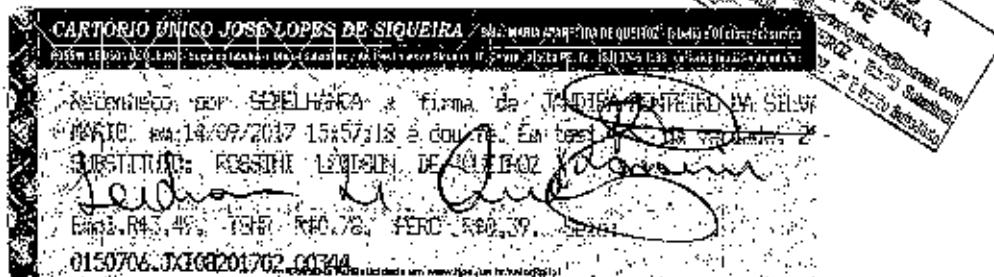
Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS  
Ano: 2012  
Placa: PFZ 4607  
Chassi: 9C2JCE4710CR566296  
Data do Acidente: 26-09-2016  
Local e Data: JATAUBA 14-09-2017

Jandira monteiro da silva mario  
Assinatura do Declarante 05.802.494/0001-47

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 é vítima reclamante do sinistro)



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jandira Monttiro da Silva Návio,

RG nº 6093724 data de expedição 25/04/1998

Órgão SSP-PE portador do CPF nº 031.836.744-08, com  
domicílio na cidade de Itaúba, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua R. Cícero, nº 78.

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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 MOTOCICLETA

Modelo: HONDA/CG125 FAN KS

Ano: 2012

Placa: PFZ 4607

Chassi: 9C2JCH310CR566296

Data do Acidente:

Local e Data: JATUBA/PE 22-10-2012

CUJS

Jandira monttiro da Silva Návio

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** - BUREAU RÁPIDO DE QUITAÇÃO DE DÍVIDAS SISTEMA  
ROSCHELEI BUREAU DE QUITAÇÃO DE DÍVIDAS - SISTEMA RÁPIDO DE QUITAÇÃO DE DÍVIDAS - BUREAU RÁPIDO DE QUITAÇÃO DE DÍVIDAS

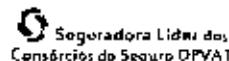
Reconheço por ALTERNATIVA a firma de JANDIRA MONTTIRO DA SILVA  
HARIO em 17/10/2017 14:51:03 e dou fé. Em ITAÚBA  
SUBSTITUTO: ROSSINI LIMA DE MELLO - RE202  
Endr. R\$ 3,30, TSPR R\$ 0,70, FERT R\$ 0,37, ISS  
0150706.VLD09201701.0073

0001-41

17 NOV 2017

17 NOV 2017  
Bld da Aurora, nº 173, sl. 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.050-010

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou figure 0800-0221204.
- A indenização por Invalidade 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.

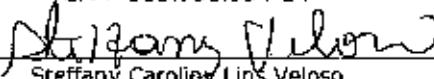
### Portador da documentação entregue

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

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381511/17

Vítima: KELI CRISTINA DE SOUZA  
CPF: 405.925.218-26

CPF de: Própria

Data do Acidente: 03/07/2016

Titular do CPF: KELI CRISTINA DE SOUZA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

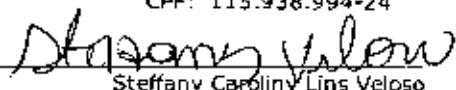
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO  
CPF: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloço  
CPF: 115.938.994-24

  
Steffany Caroliny Lins Veloço

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

135/26/09/2016

Nº Atendimento 421.250

Data do Atendimento  
Hora do Atendimento

26/09/2016  
10:32:44



Paciente: DANIEL 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 assimelhados

Nº Prontuário:

Filiado: MIRELE ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

Pai: JOSÉ FERREIRA FILHO

Endereço: SITIO JUCURUTU

Nº

Bairro:

DDD: 081 Fone: 981490818 CEP:

JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepção: SÉRCIO BRENO DE SOUSA

Técnico de Enfermagem

JOSE JOSEILDO DA SILVA

Médico(a): NICACIO AMORIM

Pressão Arterial:

P脉:

Temperatura:

Peso:

Doenças/Condições/Referias e ou Alergias:

Preencher Em Caso de Causes Externas (Acidentes ou Violências)

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

Descrição:

Histórico da Doença Atual:

*Paciente vítima de Acidente com*

Diagnóstico Provisório:

Conduta:

- ANÁGESA

- IAGENOL 7A Cm

- TRANSFERÊNCIA

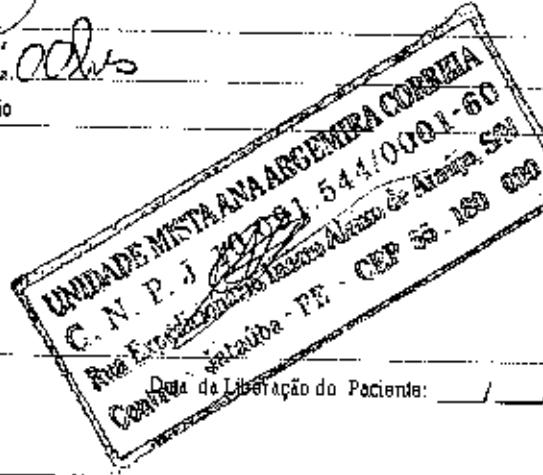
Emano Bezerra Silva  
TÉCNICO ENFERMAGEM  
CRMPE 0210006

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. ALCESTES ANTONIO  
MÉDICO  
CRMPE 23.622

Tipo de Atendimento: ( ) Urgência/Emergência | Ambulatório

DR. NICACIO AMORIM

MÉDICO

CRMPE 23.622

Carimbo e Assinatura do Médico ( ) 494/0001-4

05.802-494/0001-4  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepção

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

Rua da Aurora, Nº 175, S/N - Centro CEP 55.180-000 CNP.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

Baixa Vista - CEP 55.180-010

RECIFE - PE

## FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: JAHUZO DE PAIVA FERREIRA

Código do Paciente Na Unidade:

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

Endereço: ESTUDANTE

Residão: M<sup>ae</sup>: ODETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

Pa: JOSE FERREIRA FILHO

Endereço: RUE 01 JUCURUTU

MF: JATAÚBA - PE

Médico(s) Relacione: DR. PHILIPPE MARQUES

Nome de Usuário: *jhuzo* (jahuzo/1996) Senha: *Scu1D.221*  
Conselho: *Adm/001*

Diagnóstico:

Promotor: Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violência)

1) 00 Acidente de Trânsito ( 1% ) Acidente de Trabalho Típico ( 1% ) Acidente de Trabalho Extra-Típico ( 36% )

Exercício Profissional / Motivo do Envolvimento / Descrição:

*PRATUNA* *EMPRESA* *PRATICANTE* *TRANSPORTE*  
*PROFISSIONAL* *EMPRESA* *PRATICANTE* *TRANSPORTE*  
*PROFISSIONAL* *EMPRESA* *PRATICANTE* *TRANSPORTE*



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

CÓDIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE RECHIAGÃO: 12418

RUA EXERCICIO MEDICO, 110 ALÉM DO ASAUTO, 6/N - CENTRO FONE: (81) 3202-1100 CEP: 50.060-010  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**  
**EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 262242

Prontuário: 283830

Nome: DANILo PAIVA FERREIRA

Data Nasc.: 16/02/1998 Idade: 18

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDa

Religião:

CPF: 13175426410

RG: 10150856

CNS: 700005192067809

Nº: 0

Endereço: SITIO JURUCUTU

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

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 26/09/2016 13:43

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Marca na mão D 01/2016*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*EDENIA.*

Diag. Provisório:

*Furuncula 1º grau D*

*Pm Dr. Mauro D*

Prescrição:

Dieta:

Horário:

Data:

*APP 6/09/16*

05.802-494/0001-81  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

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

 HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

PI Doutor Para Fevers

nao se dirin

O punto pr' uting de huma,  
almentando fatura do 1º rebaço  
direito, tuberculose à distânc

anjos (fazendo em dias da  
res). Enderei em molduras de  
fura e dor negidish.

CMB-Sa23

CRM-PE 21025  
Cleopatra e Tatamandibela  
Tl. 3011-8600

Av. Major Aprigio 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: 097.09.0174

MS-DATASUS  
VERSÃO: 13.40

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO ALCIDES DANDRÁDE LIMA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E.: M260190001	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 01/2017	DATA: 18/01/2017
Num AIH: 261610508061-1	Situação: EXPORTADA	Apresentação: 01/2017	Data Autorização: 01/10/2016

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M260190001 CRC: 0SF816E2C3  
 Doc autorizador: 980016003672395 Doc med reep: 204322838720003 Doc diretor clínico: 204322839720003 Doc médico solte: 100512653070003  
 CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRÁDE LIMA CNES: 7000051920B780-9  
 Paciente: DANILÓ PAIVA FERREIRA Prontuário: 111420  
 Data Nasc.: 16/02/1998 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 10150856  
 Responsável pct.: DANILÓ PAIVA FERREIRA Nome da Mkt: COETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA  
 Endereço: SITIO JURUCUTU Bairro: SITIO Raça/Cor: 04-AMARELA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA  
 Município: 260600 - JATAUBA UF: PE CEP: 65180-000 Telefone: (81)0331-62425 Muda Proc.? : NÃO  
 Procedimento solicitado: 04.08.02.048-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO  
 Procedimento principal: 04.08.02.048-6 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO  
 Diag. principal: S620-FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFÓIDE] DA MÃO  
 Complementary:  
 Caráter atendimento: 02 - URGENCIA  
 Data Internação: 01/10/2016 Data saída: 07/10/2016 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
 Liberação SISAIH01:  
 [ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
 CNPJ do Empregador: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CNAE: \_\_\_\_\_  
 Vínculo Previdência: \_\_\_\_\_ CBOR: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Procedimento	Documento CBQ	CNES/CNPJ	Anular Valor R\$	Code	Cmot	Descrição
1 0408020469 100512653070003 225210(1)	2344254	2344254	1	10/2016	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS	
2 0408020480 204322571080018 225151(6)	2344254	2344254	1	10/2016	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS	
3 0902010076	2344254	2344254	1	10/2016	CURA DE ACOMPANHANTE ADULTO COM	
4 0401010015 980016288070848 223506	2344254	2344254	7	10/2016	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	

CÓD SECUNDÁRIO

Cd: Característica	Descrição
Y330 PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascerdos	Número de Saídas	Nº Pre-Natal:
Vivos:	Mortos:	Altas:
Tranf.:	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. 12984, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Reginaldo Francisco Araújo Filho  
< Médico  
CREMEPE: 5379

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 000077  
Hospital Jesus Pequeno  
Ana Antonia  
Assessora  
GRESSPE 4471

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	10.150.856	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/02/2015
NOME	<< DANILO PAIVA FERREIRA >>		
PILHAÇÃO	<< JOSÉ FERREIRA FILHO >>		
<< ODÉTE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA >>		NATURAÇÃO	DATA DE NASCIMENTO
JATAÚBA - PE		16/02/1998	
DDG-ORIGEM: 0755610155 1998 1 00010 017		DDO10575 70 JATAÚBA-PE	
CPF: 4150239825051029241.63182.09			
Assinatura C.G. Alvinho Delegado da Votorantim (Secundário)			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N°7.116 DE 29/08/88			
F-65 20.649 - 0000			



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**131.754.254-10**

Nome  
**DANILO PAIVA FERREIRA**

Nascimento  
**16/02/1998**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
**FEAF 24AD 6A86 E469**

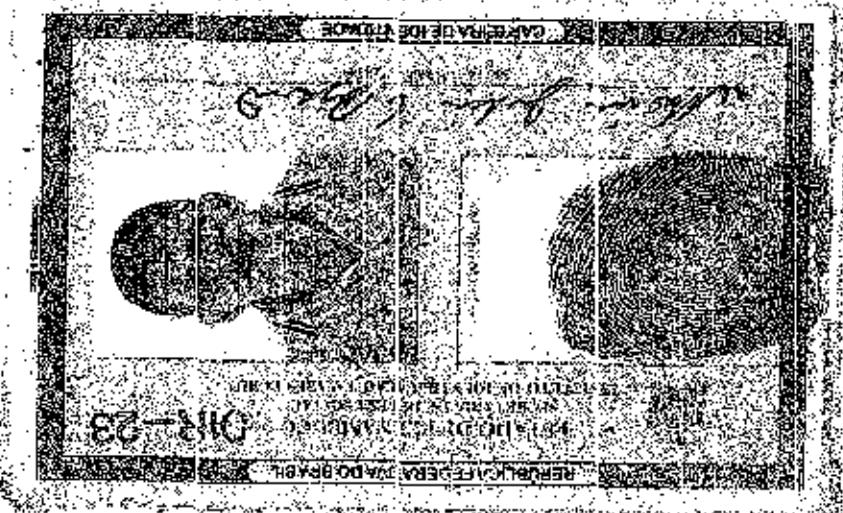
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
as: 09:31:03 do dia: 24/08/2015 (hora e data de Brasília)  
digito verificador: 06

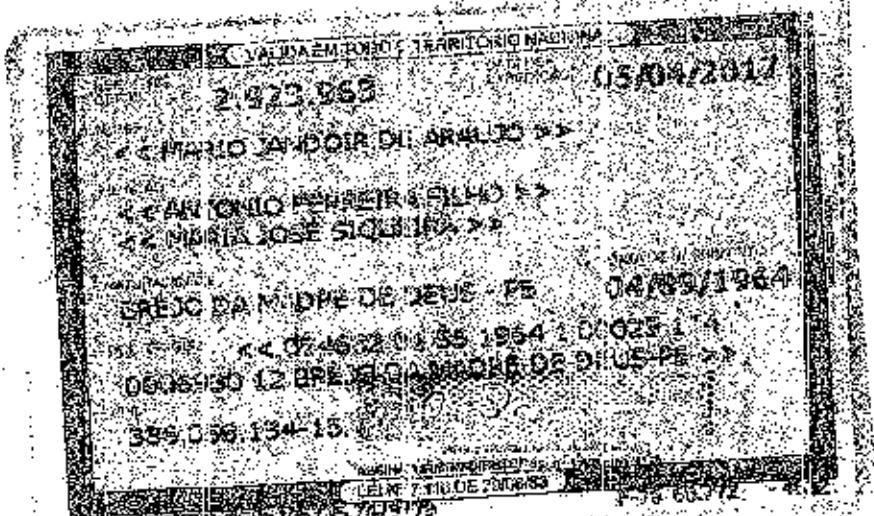
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

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



Documentos de identificação  
0012\*



05.802.494/0001-43  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C  
Belo Horizonte - CEP 50.050-000  
RECIFE-PE

000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	DOM PEDRAVIANA	REN. CNPJ:	01223399897003
1	475 123 5		
JANDIRA MONTEIRO ALVA MARIO			
JATAUBA-PE			
PLACA:	PE 34607	PLACA ANT/UE:	031.836-742-00
ESPECIFICO:	COMBUSTIVEL:	GASOLINA	
MARCA/MODELO:	ANO FAB.:	ANO MOD.:	
HONDA/CB 125 FAN ES	2013	2013	
CAP/POVOAR:	CATEGORIA:	VERMELHA S	
2E/124GL	PARTIE		
COTA ÚNICA		VENCIMENTO	
IPVA 2016 QUITADO		12	
PARA IPVA:		24	
1		36	
PREMIO TARIIFARIO:		DATA DE PAGAMENTO	
IPVA 2016 QUITADO		01/07/16	
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
Local: DATA: 01/07/16			
JATAUBA-PE Charles Andrews Souza Correia			

UNICO OBRIGATÓRIO DE DECLARAÇÃO PESSOAL, CRUZADO'S PODE SER  
TOMADO COMO PROVA DA PRESENÇA DO PORTADOR NA PLATEIA  
DURANTE A CONCESSIONÁRIA DE SEGURO DPVAT

PE N° 01223399897003 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO

ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
CONTÉM MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
DO CONDUTORES SERVIÇO DE CONSULTA

WWW.DPVAT.COM.BR CONSULTA: 0300 022 1204  
SAC DPVAT 0800 022 1204

DATA EMISSÃO:	03/04/2016	DATA EMISSÃO:	03/04/2016
VIA:	PE 34607-742-00	VIA:	PE 34607-742-00
REN. CNPJ:	01223399897003	REN. CNPJ:	01223399897003
HONDA/CB 125 FAN ES		HONDA/CB 125 FAN ES	
ANO FAB.:	2013	ANO FAB.:	2013
IPVA:	00	IPVA:	00
PREMIO TARIIFARIO			
ENSP (R\$)	DETAILED (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	(IP) (R\$)	VALOR DA COBERTURA (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO:	DATA DE PAGAMENTO:	DATA DE QUITAÇÃO:	
DATA UNICA:	PARCELADO:		

SECURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.249.995/0001-00  
www.dpvat.com.br  
DESTINADA PARA USO EXCLUSIVO DE DPVAT  
NÃO PODE SER UTILIZADA PARA OUTROS SEGUROS

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

# 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

**Valorização 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 n°: 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](http://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

**Vitima:** 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](http://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](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



---

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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 n°: 12069382

A/C: DANILO PAIVA FERREIRA

Nº Sinistro: 3170538861  
Vitima: DANILO PAIVA FERREIRA  
Data do Acidente: 26/09/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARIO JANDOIR 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGUROADORA

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, DANILLO PAIVA FERREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 10.130.856

EXPEDIDO POR SNS - PB

EM 02/02/2015

CPF 03175710 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANILLO 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](http://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 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2213-6 N° 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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**05.802-494/0003-4**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMOQUITADO 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

Danilo Paiva Ferreira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO	DANTO PAIVA FERREIRA
AGÊNCIA:	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 557/2012.

\*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente  
bancario serao conferidos e processados  
ate as 23h59 do mesmo dia. Apois o expediente  
bancario, aos sabbados, 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 "Consulte Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletronica  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regioes metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

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

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

**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): Danilo Paiva Ferreira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Liberdade, 185  
Mangue Seco Jataúba 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 OPONENCIA DO POLEGAR DIREITO, MAS FUNÇÃO DA MAO PRESERVADA. FLEXO-EXTENSAO 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 JATAÚBA, ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA NO HOSP REGIONAL E ENCAMINHADO PARA CIRURGIA NO HOSP DE BEZERROS, DE ONDE RECEBEU ALTA SEM NTERCORRENCIAS**

Data da alta: OUT/16

**TRATAMENTO CIRURGICO COM FIOS DE AÇO E FISIOTERAPIA**

Complicações: NENHUMA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 OPONENCIA DO POLEGAR DIREITO, COM PREJUIZO 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

(Nâo existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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

( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

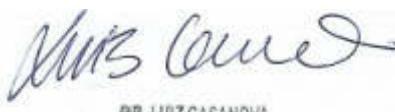
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
DR. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761



0001  
Delegacia de Policia Civil de Jataúba

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ºCIRC  
DINTER1/15ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0201000289**

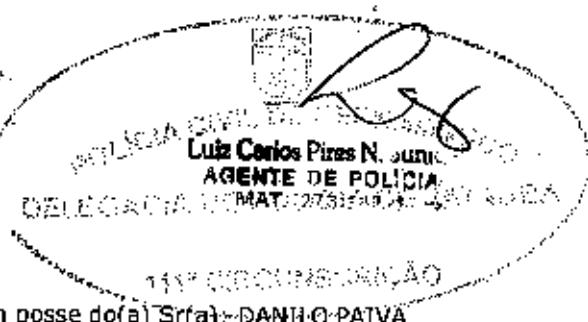
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/09/2017** às **10:01**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 28/09/2016 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, SITIO JURUCUTU - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



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: 2º GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 981755295

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, SITIO 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)

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 SITIO 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(n) nesta unidade policial**

+ Dâniel Paiva Ferreira  
DÂNILO PAIVA FERREIRA  
(VITIMA)

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

*Luis Carlos Pires N. Junqueira*

05.802.494/0001-43  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-010  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PÉ



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ºCIRC  
 DINTER1/15ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0201000350**

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

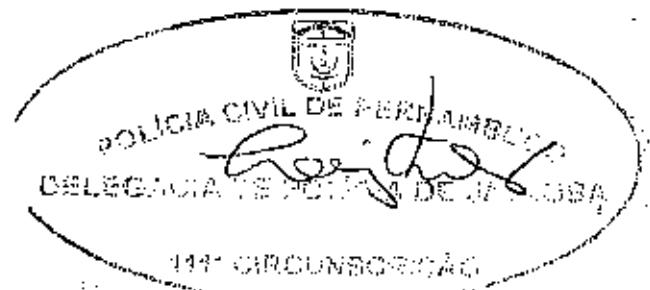
Complementa o BO Número: **17E0201000289**

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, SITIO 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)  
 DANIL PAIVA FERREIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**DANIL 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: **10150856/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU INCOMPLETO**  
 Telefones Celulares:  
**- 981755295**

**PS.802.494/0001-41**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, SITIO JURUCUTU - CEP: 56.600-010** Bairro: **ZONA RURAL**  
**- JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** DE SEGUROS LTDA

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

**Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C**  
**Bonito - CEP: 56.600-010**  
**REFIF, PE**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JANDIRA MONTEIRO DA SILVA MARIO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIL 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 SITIO 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 neste unidade policial

*Daniol Paiva Ferreira*

**DANILO PAIVA FERREIRA**  
(VITIMA)

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

*Luzia*  
05.802.494/0001-6  
TRABALHO CORRETORA  
DE SEGUIMENTOS LTDA

14 NOV. 2017

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

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de identificação

Eu, DAVÍDO PAIVA FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 10.150.856, e inscrito no CPF/MF sob o nº 131.757.254-10, residente e domiciliado na RUA DA LIBERDADE N° 389, Cidade TATUABA, 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 invalidade 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.

Davído Paiva Ferreira

Assinatura do declarante 15.802.494/0001-41  
conforme documento de identificação  
CAIXA CORRETORA DE SEGUROS LTDA

04 OUT. 2017

Avenida Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

CARNAVAL-PE 20 de Setembro de 2017

Local e data

## FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Data do Atendimento  
Hora do Atendimento26/09/2016  
10:32:44

# 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, DAVIZO 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>JATAÚBA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>35380-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9403-3354 / (83) 9.9832-9777</u>
E-mail	<u>dmunizp@amais.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CARUARU-PE 30 de setembro de 2017

Assinatura do Declarante: David 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



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Cel 10458, de 25/04/01  
**NOTA FISCAL DE FATURA DO CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética do Pernambuco  
 Av. 20 de Setembro, 171, Esq. Vila, Recife, Pernambuco - CEP 50.000-002  
 CNPJ 10.615.520/01-16 | Fone: Est. 0106434-23 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 COETE DE PAIVA NASCIMENTO FERREIRA

**ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA DA LIBERDADE 165

CPF: 033.038.304-20 NIS: 16548638089

 MAHNGUE SECO/JATAUBA  
 JATAUBA PE  
 56180-000

 CLASIFICAÇÃO  
 B1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COMAS  
 Monofásico

 DATA FISCAL / DATA DE EMISSÃO  
 09/08/2017 UNICA 18/03/2017

DATA CONTRATO	DATA INÍCIO	DATA FIM
7004517312	03/2017	
DATA DE EMISSÃO	23/03/2017	13/04/2017
TOTAL DE FICHA		1,82

 DATA DE EMISSÃO: 23/03/2017 | DATA DE VENCIMENTO: 13/04/2017  
 18/03/2017 23/03/2017 1785244

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VOLUME
Consumo Ativo até 30 kWh	30,000000	0,16218811	4,86
Adesão à bandeira AMARELA			0,11
Contribuição Iluminação Pública			0,97
Multa por atraso-NF 001881580-1402/17			0,66
Juros por atraso-NF 001881580-1402/17			0,02
Compensação DMI 01/17			4,28

**TOTAL DA FATURA**

1,82

M. DO MÊS VENCIMENTO	TIPO DA FAZENDA CAT	ANTERIOR DATA	LEITURA ANTERIOR	DATA	ATUAL LEITURA	MÉDIA MENSAL	CONSUMANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MAR/17 30		14/03/2017	13.200,00	14/03/2017	16.200,00	90	1.000,00		30,00

Mês	COMPONENTE DO CONSUMO	VALOR
MAR/17 30	Consumo Ativo	30,00
	Transmissão	0,11
	Despesas de Operação	0,97
	Parte de Energia	0,66
	Despesas Amarela	0,11
	Imposto	0,02
	Total	4,28

3FC0.5708 6075.24B8.5EBB.2257 0002 B208

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 A Companhia Energética do Pernambuco S.A. (CELPE) é uma das empresas que compõem o Sistema de Distribuição de Energia Elétrica do Brasil, sob a responsabilidade da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL). O cliente é responsável por sua utilização e deve observar as normas e regulamentos estabelecidos pelo Conselho de Administração da CELPE, bem como as normas e regulamentos da ANEEL e das autoridades competentes, que podem ser alterados a qualquer momento. O cliente é responsável pelas suas ações e decisões.

**NOTA DE CORREÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS ENTREGAS**  
 05.802.494/0001-41

ENTREGA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
010	24/03	5,73	11,53	22,16	20	202
010	7,23	3,36	8,72	17,43		
010	32,81	5,37	4,66	0,00		

DATA DE CORREÇÃO: 04 OUT. 2017

ENTREGA	DATA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
010	24/03	5,73	11,53	22,16	20	202
010	7,23	3,36	8,72	17,43		
010	32,81	5,37	4,66	0,00		

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE