

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LAERCIO ARNUDA FERNANZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAERCIO ARNUDA FERNANZ

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9-9998-5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, CARMEM LUCIA MAGALHÃES FERRAZ,
RG nº 8.041.318, data de expedição 23/11/2007
Órgão AP, portador do CPF nº 081.647.344-70,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
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
LAERCIO ARRUDA FERRAZ, cujo o condutor era
LAERCIO ARRUDA FERRAZ.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 190 Ano: 2018
Placa: PED-7346 Chassi: 9C2MD450000007423
Data do Acidente: 26/03/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 21/03/2019

Carmem Lúcia Magalhães Ferraz

Assinatura do Declarante

Laercio Arruda Ferraz

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 184.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00. Selo: 0074872.RSN03201901.02675 21/03/2019 10:37:59 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, CARMEM LUCIA MAGALHÃES FERRAZ,
RG nº 8.041.318, data de expedição 23/11/2007
Órgão AP, portador do CPF nº 081.647.344-70,
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
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
LAERCIO ARRUDA FERRAZ, cujo o condutor era
LAERCIO ARRUDA FERRAZ.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 190 Ano: 2018
Placa: PED-7346 Chassi: 9C2MD450000007423
Data do Acidente: 26/03/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE - 21/03/2019

Carmem Lúcia Magalhães Ferraz

Assinatura do Declarante

Laercio Arruda Ferraz

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Lúcia de Sousa
CPF: 184.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta Emol. - R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,00. Selo: 0074872.RSN03201901.02675 21/03/2019 10:37:59 Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

Paciente n. trouxe CVS.



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA						Nº: 101	
Data: 20/01/2019		Hora: 20:05					
Nome: <u>Genesio Moura Farias</u>							
Nome Social:		Profissão: <u>Op. de pedras</u>					
Nascimento: <u>03.12.1963</u>		Sexo: <u>M</u>		Estado Civil: <u>casado</u>			
Escolaridade: <u>2º grau comp.</u>		Responsável: <u>Juliana</u>					
Mãe: <u>Helena do Carmo Farias</u>							
Endereço: <u>Rua Antônio Dias do Nascimento, 1815</u>							
Bairro: <u>Adão</u>		Município: <u>S. Paulo</u>		Fone: <u>9811-3269</u>			
Cartão SUS:		RG/CPF: <u>9052.964-550-PE</u>					
Raça/Cor:		Branca		Preta		L Parda Amarela Indígena	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		<input type="checkbox"/> VERMELHO		<input type="checkbox"/> AMARELO		<input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> AZUL	
Situação/Queixa:							
PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:							
Medicações em uso:							
Intolerâncias/Alergias:							
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:			
ATENDIMENTO MÉDICO							
História e Exame Físico:							
<p>Paciente vtm de quadro de moto, referido dor U.S.D. Ecob, espica, comens Glasgow 15.</p>							
Tratamento:							
<p>2x de torax PA1 ombro D. Voltou o 1º tor. - Lupa feita realizado - Ao ortopedista. - T. deite.</p>							
Hipótese Diagnóstica:				Carimbo e Assinatura:			
Anexo de moto.							

Maria das Graças Costa Mota
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PE: 767.334

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Laercio Arruda Ferraz

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

76627

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 1 1 0 9 1 9 3 4

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/12/1963

9 - SEXO Masc.

☒ M ☐ F

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria do Carmo Ferraz

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

811 5916 211

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 000 000 000 000 000 000

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Travessa Jose Claudio Mourato N- 14

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

56900000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença Autoimune (MSD) + de brônquias
Respiratória crônica, tosse, dor
no tórax, febre, fadiga

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de transfusão

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

Exames de sangue e urina

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença Autoimune 5420

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atendimento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408010150

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Rodrigues de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

269910500131-5

82

06.02 a 08.02.19

() CNS

() CPF

Dr. Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 6903

Médico Autorizador

XI GARES

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

28/01/2019 10:49

MÉDICO SOLICITANTE

ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Nº DO PRONTUÁRIO:

533242

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

03/12/1963

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

MARIA DO CARMO FERRAZ

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

TRAV. JOSE CANDIDO MOURATO, 14, ABB

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SERRA TALHADA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2613909

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

PACT, COM FRATURA DE CLAVICULA DIREITA

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

8958

ESCLARECIMENTOS



Data Atend: 06/02/2019		Atendimento: 0009478		Quarto/leito: 202 / 2	
Paciente: 00076627 - LAERCIO ARRUDA FERRAZ					
Data Nasc: 03/12/1963		Idade: 55 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado		Profissão: AUXILIAR ADMINISTRATIVO		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: MANOEL DE SOUZA FERRAZ		Nome Mãe: MARIA DO CARMO FERRAZ	
Endereço: TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 CASA		- AABB		- SERRA TALHADA - PE	
Telefones: () . / () . / (87) 8159.1621					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Doença Preexistente, deficiência física, alteração de marcha, uso de prótese de membros inferiores.</i>					
Diagnostico Inicial: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>					
SADT:					
Diagnostico Final: <i>FRAT. CLAVICULA @</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada <i>X</i>		Descição Médica <i>X</i>			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferencia ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____ / ____ / ____		Data do Internamento: <i>6, 1, 19</i>			
Hora : ____		Data da Alta: <i>8, 2, 19</i>			
		Local: <i>MA</i>			
		Pedro Aureliano Amador de Carvalho Ortopedia / Traumatologia Ortopedia Infantil CRM-PE 18558 Medico Responsavel			



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 06/02/2019	Atendimento: 0009478	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00076627 - LAERCIO ARRUDA FERRAZ		
Cirurgia Realizado: <i>Osteossintese da tíbia</i>	N. do Procedimento: <i>0408040/50</i>	
Data: <i>07/02/19</i>	Início:	Término
Cirurgião: <i>ANTÔNIO</i>		
1º Auxiliar: <i>Redo</i>		
2º Auxiliar:		
Anestesista: <i>Silveira</i>		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: <i>Sob anestesia geral, com o paciente em decúbito supino, realizou-se a abordagem cirúrgica da tíbia por meio de incisão longitudinal, sendo realizada a redução e fixação da fratura com o uso de fio KIRSCHNER e placas e parafusos.</i>		
		Assinatura do Cirurgião

Antônio Rodrigues de Freitas

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 068.562.093-85

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

12/01/19 ou 26/01/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
LAERCIO ARRUDA FERRAZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2552364 SSP PE

CPF
426.645.504-25

DATA NASCIMENTO
03/12/1963

RESIDÊNCIA
MANOEL DE SOUZA FERRAZ
MARTA DO CARMO FERRAZ

PERMISSÃO
AVC
CAT. MAX
AV

Nº REGISTRO
02146628560

VALIDADE
07/03/2023

VALIDAÇÃO
10/04/1996

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421441744

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421441744

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
08/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR

62831568601
22076139260

PERNAMBUCO

DF AC

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME: GEORGE CARLOS MELO LIMA	
DOCUMENTO DO ORG. EMISSOR DO: 5840550-88PEPE	
CPF: 0081475324-23	DATA NASCIMENTO: 03/05/1978
FILIAÇÃO: GILBERTO CARLOS DE LIMA	
A MARIA DE LOURDES MELO	
DE LIMA	
PERMISSÃO: AB	CAT. NAB: AB
N.º REGISTRO: 02136855400	VALIDADE: 30/06/2022
HABILITAÇÃO: 18/12/2001	
OBSERVAÇÕES:	
RAR CMTX	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL: SERRA TALHADA, PE	DATA EMISSÃO: 24/07/2017
Ass. Antonio Silva Ribeiro Diretor-Previdência ASSINATURA DO EMISSOR	
PERNAMBUCO	

VALIDAR EM TODO
 O TERREITÓRIO NACIONAL
1482661245

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482661245

EXCELSIOR SEGUROS
 10 ABR. 2019
 SEGURO DPVAT

12/01/19 ou 26/01/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

NOME
LAERCIO ARRUDA FERRAZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2552364 SSP PE

CPF
426.645.504-25

DATA NASCIMENTO
03/12/1963

RESIDÊNCIA
MANOEL DE SOUZA FERRAZ
MARTA DO CARMO FERRAZ

PERMISSÃO
AVC
CAT. MAX
AV

Nº REGISTRO
02146628560

VALIDADE
07/03/2023

VALIDAÇÃO
10/04/1996

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421441744

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421441744

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
08/03/2017

ASSINATURA DO TITULAR
62831568601
22076139260

PERNAMBUCO

DF AC

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013817321901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
1 1156474286 ***** 2016

NOME
CARMEN LUCIA MAGALHAES FERRAZ

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ PLACA
081.647.944-70 PED7246

PLACA ANT/UF CHASSI
***** 9C2MD4100R007423

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAB. MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XRE 190 2016 2016

CAP/POT/OL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/184CL PARTIC VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 2016 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES
AL. FID. BANCO HONDA SA OBRIGATORIO

LOCAL DATA
SERRA TALHADA-PE 28/05/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013817321901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARMEN LUCIA MAGALHAES FERRAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
SERRA TALHADA-PE 2016 28/05/16

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 081.647.944-70 PED7246

RENAVAM MARCA/MODELO
1156474286 HONDA/XRE 190

ANO FAB. CAT. TIRE Nº CHASSI
2016 09 9C2MD4100R007423

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SUSEP
DISQUE - SUSEP
0800 001 9446

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204

COPIA DO ATENDIMENTO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

PRÉMIOS E DESPESAS DE SEGURO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

01 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013817321901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTC EXERCÍCIO
1 1156474293 2016

NOME
CARMEN LUCIA MAGALHAES FERRAZ

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ PLACA
081.647.944-70 PED7246

PLACA ANT/UF CHASSI
***** 9C2MD4100R007423

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
FAB MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/XRE 190 2016 2016

CAP/POT/OL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/184CL PARTIC VERDE

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2016 QUITADO 1ª *****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA OBRIGATORIO

LOCAL DATA

SERRA TALHADA-PE 28/05/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013817321901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CARMEN LUCIA MAGALHAES FERRAZ

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
SERRA TALHADA-PE 2016 28/05/16

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 081.647.944-70 PED7246

RENAVAM MARCA/MODELO
1156474293 HONDA/XRE 190

ANO FAB. CAT. TIRE Nº CHASSI
2016 09 9C2MD4100R007423

PRÊMIO TARIFÁRIO

FIS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

SEGURO OBRIGATORIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SUSEP
DISQUE - SUSEP
0800 001 9466

ATENÇÃO: O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

2. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

3. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

4. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

5. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

6. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

7. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

8. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

9. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

10. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

11. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

12. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

13. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

14. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

15. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

16. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

17. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

18. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

19. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

20. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

21. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

22. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

23. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

24. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

25. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

26. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

27. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

28. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

29. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

30. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

31. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

32. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

33. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

34. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

35. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

36. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

37. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

38. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

39. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

40. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

41. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

42. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

43. O SEGURO DPVAT É OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE.

EXCELSIOR SEGUROS

1º ABR. 2019

SEGURO DPVAT

IMPORTE

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190321978

Nome do(a) Examinado(a): LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Endereço do(a) Examinado(a): Travessa José Cláudio Mourato, 14 - Serra Talhada/PE - CEP 56912-152

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2552364 - SDS

Data e Local do Acidente : 26/01/2019 - SERRA TALHADA

Data e Local do Exame : 12/06/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA CLAVICUAL DIREITA

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO OMBRO , ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO

MAIO 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO OMBRO DIR

LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIR

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO OMBRO DIR

LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO DIR

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

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

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

Região Corporal

OMBRO DIREITO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

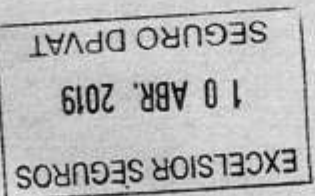
REMETENTE:

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573

BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE

CEP 56.903-220



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. MARQUÊS DE OLINDA, 175

RECIFE PE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81 - 3087-9200



FC096640

 **CORREIOS**
☐ AR
☐ MP

PESO (kg)
1.062

SEDEX



SM 32511348 8 BR



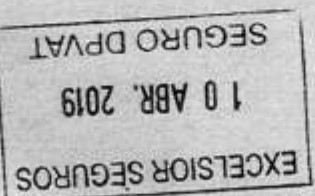
REMETENTE:

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573

BAIRRO SÃO CRISTOVÃO - SERRA TALHADA PE

CEP 56.903-220



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. MARQUÊS DE OLINDA, 175

RECIFE PE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81 - 3087-9200



FC096640

 **CORREIOS**
☐ AR
☐ MP

PESO (kg)
1.062

SEDEX



SM 32511348 8 BR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do acidente: 26/01/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do acidente: 26/01/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita.

Descrição do exame físico: Bloqueio articular do ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico da fratura da clavícula direita.
Sem menção a fisioterapia.
Recebeu alta médica em 05/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321978 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER (P6).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante LAERCIO ARRUDA FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade nº 255.2364, expedido por SSP-PE,
em 08/03/2019 inscrito no CPF sob o nº 426645604-25, residente na
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
complemento CASA, Bairro AABB, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 26/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TÔME DE SOUZA, nº 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 21 de 03 de 2019

Outorgante

Laercio Arruda Ferraz



Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF-187.093.954-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de LAERCIO ARRUDA FERRAZ. Dou Fé. Serra Talhada - PE, Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular () Maria Lúcia de Sousa Substituta. Emol. R\$ 3,00 TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.
Selo: 0074872.YCT03201901.02676 21/03/2019 10:38:21
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante LAERCIO ARRUDA FERRAZ,
portador(a) do documento de identidade nº 255.2364, expedido por SSP-PE,
em 08/03/2019 inscrito no CPF sob o nº 426645604-25, residente na
TV. JOSE CLAUDIO MOURATO, nº 14,
complemento CASA, Bairro AABB, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 26/01/2019
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO LIMA,
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE,
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na
ANTÔNIO TÔME DE SOUZA, nº 573,
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 21 de 03 de 2019

Outorgante

Laercio Arruda Ferraz



Maria Lúcia de Sousa
Substituta
CPF-187.093.954-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de LAERCIO ARRUDA FERRAZ. Dou Fé. Serra Talhada - PE, Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva Titular () Maria Lúcia de Sousa Substituta. Emol. R\$ 3,00 TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.
Selo: 0074872.YCT03201901.02676 21/03/2019 10:38:21
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160696/19

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

CPF: 426.645.604-25

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ : 426.645.604-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321978 Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190321978 Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01429/01430 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14460916

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321978

Vítima: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAERCIO ARRUDA FERRAZ

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000003636-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	426.645.604-25	LAERCIO ARNUDA FERNANZ	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
LAERCIO ARNUDA FERNANZ		426.645.604-25	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
OP DE CAIXA	TV. JOSE CLAUDIO MOURATO	74	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
AABB	SERRA TALHADA	PE	56.900-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	99998-1472		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	914 1	3636 3
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura do Procurador (se houver)
	Nome:		
	CPF:		
		TESTEMUNHAS	
		1ª Nome:	
		CPF:	
		2ª Nome:	
		CPF:	
		Assinatura EXCELSIOR SEGUROS 10 ABR. 2019 Assinatura SEGURO DPVAT	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



LAERCIO ARRUDA

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267000785**

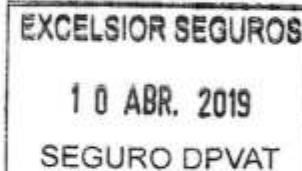
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **10:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/1/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR ADEMAR XAVIER, 1** - Bairro: **ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO IGREJA DA CONCEICAO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (OUTRO)
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO FERRAZ**
Pai: **MANBOEL DE SOUZA FERRAZ** Data de Nascimento: **3/12/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2552364/SSP/PE (RG), 42664560425 (CPF), 02146428500 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:
- **87999182488**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:
VANDERLUCIA DE MAGALHAES LIMA FERRAZ Pai: **LAERCIO ARRUDA FERRAZ** Data de Nascimento: **20/5/1991**
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **87981271044**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO FAVORITO 03**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

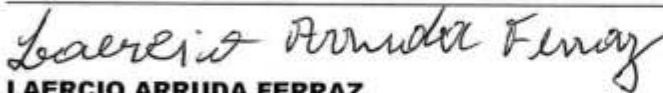
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PED7346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115647428** Chassi: **9C2MD41000R007423**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA XRE 190**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P, O SR. LAERCIO ARRUDA FERRAZ, PARA NOS COMUNICAR QUE NO DIA 26-01-2019, APROXIMADAMENTE AS 19:30, SEGUIA PILOTANDO PELA AVENIDA ADERMAR XAVIER, NA MOTO HONDA VERDE, ANO MODELO 2018, CHASSI Nº 9C2MD41000R007423, RENAVAN Nº1156474288, PLACA PED7346, QUANDO PROXIMO AO FRIGORIFICO DO JOAQUIM GAMA, UM VEICULO VINHA PELA CONTRA MAO, NO SENTIDO CONTRARIO, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR BATESSE NA TRASEIRA DE UM OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA SUA FRENTE, COM A PORTA DA MALA ABERTA; COMUNICA, TAMBÉM, QUE A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A SUA FILHA, CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ, E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN(HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES), QUE SEGUNDO BOLETIM MEDICO DAQUELE HOSPITAL, SOB Nº101, O PACIENTE APRESENTAVA ESCORIAÇÕES E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA DE PLANTAO.

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



LAERCIO ARRUDA FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CORNELIO RUFINO FILHO** - Matrícula: **381091-7**





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267000785**

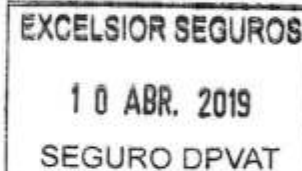
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/03/2019** às **10:43**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/1/2019** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR ADEMAR XAVIER, 1** - Bairro: **ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO IGREJA DA CONCEICAO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (OUTRO)
LAERCIO ARRUDA FERRAZ (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**

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

LAERCIO ARRUDA FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO CARMO FERRAZ**
Pai: **MANBOEL DE SOUZA FERRAZ** Data de Nascimento: **3/12/1963** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2552364/SSP/PE (RG), 42664560425 (CPF), 02146428500 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **TECNICO AGRICOLA** Telefones Celulares:
- **87999182488**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:
VANDERLUCIA DE MAGALHAES LIMA FERRAZ Pai: **LAERCIO ARRUDA FERRAZ** Data de Nascimento: **20/5/1991**
Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- **87981271044**

Endereço Residencial: **TRAVESSA JOSE CLAUDIO MOURATO, 14 - CEP: 0 - Bairro: AABB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO FAVORITO 03**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

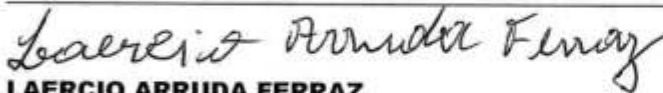
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAERCIO ARRUDA FERRAZ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE 190** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PED7346** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **115647428** Chassi: **9C2MD41000R007423**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTO HONDA XRE 190**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P, O SR. LAERCIO ARRUDA FERRAZ, PARA NOS COMUNICAR QUE NO DIA 26-01-2019, APROXIMADAMENTE AS 19:30, SEGUIA PILOTANDO PELA AVENIDA ADERMAR XAVIER, NA MOTO HONDA VERDE, ANO MODELO 2018, CHASSI Nº 9C2MD41000R007423, RENAVAN Nº1156474288, PLACA PED7346, QUANDO PROXIMO AO FRIGORIFICO DO JOAQUIM GAMA, UM VEICULO VINHA PELA CONTRA MAO, NO SENTIDO CONTRARIO, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR BATESSE NA TRASEIRA DE UM OUTRO VEICULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA SUA FRENTE, COM A PORTA DA MALA ABERTA; COMUNICA, TAMBÉM, QUE A REFERIDA MOTOCICLETA PERTENCE A SUA FILHA, CARMEM LUCIA MAGALHAES FERRAZ, E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPAN(HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES), QUE SEGUNDO BOLETIM MEDICO DAQUELE HOSPITAL, SOB Nº101, O PACIENTE APRESENTAVA ESCORIAÇÕES E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO ORTOPEDISTA DE PLANTAO.

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



LAERCIO ARRUDA FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CORNELIO RUFINO FILHO** - Matrícula: **381091-7**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 426.645.604-25 Nome completo da vítima: LAERCIO ARNUDA FERNAZ

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

Nome completo: LAERCIO ARNUDA FERNAZ CPF: 426.645.604-25
Profissão: OP DE CAIXA Endereço: TV. JOSE CLAUDIO MOURATO Número: 14 Complemento: CASA
Bairro: AABB Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 87.99998-1472

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 914 1 CONTA: 3636 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Recife 10/04/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Laercio Arnuda Fernaiz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Simoes
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura
EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
Assinatura
SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 426.645.604-25 Nome completo da vítima: LAERCIO ARNUDA FERNAZ

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

Nome completo: LAERCIO ARNUDA FERNAZ CPF: 426.645.604-25
Profissão: OP DE CAIXA Endereço: TV. JOSE CLAUDIO MOURATO Número: 14 Complemento: CASA
Bairro: AABB Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE CEP: 56.900-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 87.99998-1472

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 914 1 CONTA: 3636 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Recife 10/04/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
2º Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Laercio Arnuda Fernaiz
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

George Carlos Melo Simoes
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura
EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
Assinatura
SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Paciente n. trouxe CVS.



Pernambuco



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 101

Data:	20.01.2019	Hora:	20.05
Nome:	Lorena de Almeida Lima		
Nome Social:			
Nascimento:	03.12.1963	Sexo:	M
Escolaridade:	2º grau comp.	Profissão:	op. de pedras
Mãe:	Helena de Almeida Lima	Responsável:	Juliana
Endereço:	Rua Antônio Carlos de Oliveira, 1815		
Bairro:	Alto do	Município:	S. Paulo
Cartão SUS:	Fone: 9811.5289		
Raça/Cor:	Branca	RG/CPF:	9552.464-550-16
	Preta		
	Amarela		
	Indígena		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente vítima de queda de moto,
referidas dor L5/S1.
Ecob, espúico, cianótico
Glasgow-15.

Tratamento:

Maria das Graças Costa Maia
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PE: 767.334

25 Rx de torax PA1 ombro D.
25 Voltam ois to
- Lupa feita realizado
Ao ortopedista.
T. deite.

Hipótese Diagnóstica:

Queda de moto.

Carimbo e Assinatura:

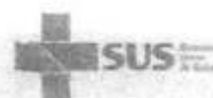
Carimbo e Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Paciente n. trouxe CVS.



BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 101

Data:	20.01.2019	Hora:	20.05
Nome:	Lorena de Almeida Lima		
Nome Social:			
Nascimento:	03.12.1963	Sexo:	M
Escolaridade:	2º grau comp.	Profissão:	op. de pedras
Mãe:	Helena de Almeida Lima	Responsável:	Juliana
Endereço:	Rua Antônio Carlos de Oliveira, 1815		
Bairro:	Alto do	Município:	S. Paulo
Cartão SUS:	Fone: 9811.5289		
Raça/Cor:	Branca	RG/CPF:	9552.464-550-16
	Preta		
	Amarela		
	Indígena		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente vítima de queda de moto,
referidas dor L5/S1.
Ecob, espinaço, cuneais
Glasgow-15.

Tratamento:

Maria das Graças Costa Maia
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PE: 767.334

25 Rx de torax PA1 ombro D.
25 Voltam ois to
- Lumbos pontos realizado
- Ao ortopedista.
- T. deite.

Hipótese Diagnóstica:

Queda de moto.

Carimbo e Assinatura:

Carimbo e Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAERCIO ARRUDA FERRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000003636-3

Nr. da Autenticação 5E7CAFA26B79817F

CONTRATO: 1.4444-0376.149-5

RECIBO DE PAGAMENTO

Dados do Mutuário

LAERCIO ARRUDA FERREZ

TV JOSE CLAUDIO NOBRATO

AABB

SERRA TALHADA

PE 56900-000

426.645.604-25

Prestação do Mês Nº 066
Prazo do Financiamento 359
Taxa de Juros Contratual 0,5100
Índice de Reajuste Prestação no Mês 1,00000
Índice Reajuste Saldo Devedor no Mês
Categoria Profissional
Complemento
SG RGE
L.Financ/Gr.Recursos 162 / 015
TP 310
UNO - Agência do Contrato 3491-6

Extrato de Evolução

Saldo Devedor Teórico em 09/02/2019
R\$ 114.332,63
Juros do Mês (R\$) 513,38
Amortização do Mês (R\$) 350,20

Extrato de Evolução FGTS na Prestação
Saldo anterior 3.531,13
Contribuição Mês 12,49
Utilização Mês 520,66
Saldo Atual 3.123,96

DECLARAMOS QUE AS PRESTAÇÕES DO SEU CONTRATO HABITACIONAL DE 2017 ESTÃO QUITADAS, EXCETO SE HOUVER QUESTÕES JUDICIAIS OU DE EVOLUÇÃO DO CONTRATO. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI AS QUITAÇÕES DOS CARGOS MENSIS DE 2017 E ANOS ANTERIORES. (LEI 12.067/09)

Descrição dos 12 Últimos Pagamentos

Prest.	Data Venc.	Data Pag.	Valor Devido (R\$)	Valor Pago (R\$)
055	9/ 3/2018	02/04/2018	1.351,42	1.328,11
056	9/ 4/2018	30/04/2018	1.348,38	1.348,38
057	9/ 5/2018	01/05/2018	1.343,36	1.340,86
058	9/ 6/2018	24/05/2018	1.342,33	1.332,41
059	9/ 7/2018	04/06/2018	1.338,29	1.363,82
060	9/ 8/2018	03/07/2018	1.336,26	1.372,28
061	9/ 9/2018	03/11/2018	1.333,26	845,24
062	9/10/2018	05/11/2018	1.330,24	535,15
063	9/11/2018	22/11/2018	842,56	1.704,77
064	9/12/2018	10/12/2018	807,63	884,82
065	9/ 1/2019	07/01/2019	802,68	853,49

TOTAL DA DIFERENÇA ATUALIZADA (R\$) 0,00

Demonstrativo do Encargo do Mês (R\$)

Demonstrativo	Valor
PRESTAÇÃO SEGURO	1.203,78
FGTS	119,51
TAXA ADM	
TAXA OPER. MENSAL	25,00
DIFERENÇA PRESTAÇÃO	
BONUS	
FGHAB	
FGTS - QUOTA 04	520,66

Via do Mutuário - Autenticação Mecânica

VENCIMENTO

09/02/2019

VALOR A PAGAR

R\$ 827,63

- Débito Automático em Conta: Utilize o serviço de débito automático em conta para pagamento das prestações. É cômodo e gratuito. Procure a sua agência.
- Mudança de endereço e telefone: Mantenha seu endereço e telefones atualizados junto à CAIXA. Assim, podemos atendê-lo mais prontamente sempre que você precisar.
- Canais alternativos para pagamento: Agência bancária, Rede de Casas Lotéricas, Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI", Terminais de Auto-atendimento CAIXA e Internet Banking CAIXA.
- 2ª via do carnê: Aproveite mais esta facilidade. Obtenha a 2ª via do seu carnê pela internet, no endereço caixa.gov.br.
- Pontualidade no Pagamento: Pague em dia suas prestações habitacionais. Isso transformará o pagamento de juros por atraso.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (Informações, reclamações, sugestões e elogios)
Ouvidoria: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492
caixa.gov.br

Local de Pagamento:

Pagável em qualquer agência bancária até o vencimento, preferencialmente na CAIXA ou Casas Lotéricas.

Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

00360305/0001-04 AV VEREADOR N ARAUJO DE SA S/N

CENTRO - CABO DE PE - 56180-000

Data Documento: 15/01/2019

Nº Documento: 31819628028

Use do Banco: Carteira

Informações de Responsabilidade do Beneficiário:

- Até o vencimento pagável nos Terminais de Auto Atendimento CAIXA, Internet banking CAIXA, na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI" e em qualquer Agência Bancária.

- Após o vencimento, somente pode ser pago nas Agências da Caixa, Terminais de Auto Atendimento CAIXA, Internet banking CAIXA, na Rede de Casas Lotéricas, nos Correspondentes Bancários "CAIXA AQUI".

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço:

LAERCIO ARRUDA FERREZ

426.645.604-25 TV JOSE CLAUDIO NOBRATO

AABB SERRA TALHADA PE 56900-000

Sacador Avalista

Autenticação no verso

EXCELSIOR SEGUROS

10 ABR 2019

SEGURO DPVAT



EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insco. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 288.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56903-220

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA/CONTRATO	MÊS/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA FATURA
21/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
054118081	UNICA	14/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO BOMBE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/03/2019	2000530115	3800341

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	229,0000000	0,75250324	172,32
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 042628824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 048440790-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 7123			15,00
TOTAL DA FATURA			198,60

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
REGISTRO	FUNÇÃO	DATA	DATA	CÍGAS	1,00000		229,00
		13/02/18	14/03/19				

PERÍODO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MAR 18	229				GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$ 52,00	22,90%
FEV 18	340				Transmissão	R\$ 7,91	4,02%
JAN 18	218				Distribuição (Celpe)	R\$ 36,56	18,40%
DEZ 18	232	ICMS	172,32	1,01	Perdas de Energia	R\$ 11,63	5,92%
NOV 18	242	PIS	172,32	4,89	Energia Setorial	R\$ 9,52	4,82%
OUT 18	246	COPINS			Tributos	R\$ 52,88	26,82%
SET 18	182				Total	R\$ 172,32	100%
AGO 18	182						
JUL 18	189						
JUN 18	180						
MAI 18	180						
ABR 18	208						
MAR 18	208						

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES
Para garantir o melhor aproveitamento da tarifa social, o consumidor deve seguir as seguintes orientações:
- Não instalar aparelhos de aquecimento elétrico (aquecedores de água, chuveiros elétricos, etc.) na unidade consumidora.
- Não utilizar aparelhos de aquecimento elétrico (aquecedores de água, chuveiros elétricos, etc.) em períodos de pico de consumo (entre 18h e 22h).
- Não utilizar aparelhos de aquecimento elétrico (aquecedores de água, chuveiros elétricos, etc.) em unidades compartilhadas (apartamentos, etc.).
- Não utilizar aparelhos de aquecimento elétrico (aquecedores de água, chuveiros elétricos, etc.) em unidades comerciais.
- O consumidor pode cancelar a adesão ao serviço de tarifa social a qualquer tempo - Art. 7º da Lei 10.438/02.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONDIÇÃO	VALOR APURADO (R\$)	LIMITE MÍNIMO (h)	LIMITE MÁXIMO (h)	LIMITE ANUAL (h)	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
SIC	0,00	3,30	8,80	13,20	220	±5%
PIE	0,00	3,11	9,00	9,00		
DMS	Limite DIC: 12,20					

EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LAERCIO ARNUDA FERNANZ Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LAERCIO ARNUDA FERNANZ
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 426.645.604 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>56.903-220</u>	Tel. (DDD): <u>87-9-9998-5477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

