





Tabela Simul de Energia Elétrica Orçário para 2019 (2019/01)

# NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Paragominas de Energia Elétrica  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50060-000  
CPF 05.802.494/0001-41 (Insc. Est. 000940-03) www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

JOÃO PEDRO DE FARIAS

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CELIO FERNANDES 271

CPF: 028.028.404-10 NIS: 1294285450

AEROPORTO CAJARIARI  
CAJARIARI PE  
55020-000

CLASSIFICAÇÃO  
R1 RESIDENCIAL  
SABOR ENDO COM 115

| DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO |
|-----------------|--------------------|-------------------|
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |

| DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO |
|-----------------|--------------------|-------------------|
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |
| 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        |

|  | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR UNITÁRIO |
|--|------------|----------------|----------------|
| Consumo kWh até 30 kWh                     | 30,000000  | 0,1834038      | 5,50           |
| Consumo kWh superior a 30 até 100 kWh      | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| Atividade Bandeira AMARELA                 |            |                | 0,00           |
| Atividade Bandeira VERMELHA                |            |                | 1,20           |
| Contrib. Sum. Pública Municipal            |            |                | 4,47           |
| Multa por atraso NF 07/08/2017 - 20/01/18  |            |                | 0,30           |
| Juros por atraso NF 07/08/2017 - 20/01/18  |            |                | 0,00           |
| Atualização INFLAÇÃO 07/08/2017 - 20/01/18 |            |                | 0,01           |
| Compensação DCE Trimestre 02/18            |            |                | -0,23          |

| TIPO DE REGIMEN | TIPO DE PREÇO | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR UNITÁRIO |
|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------|----------------|----------------|
| REGIMEN         | PREÇO         | 07/01/2019      | 07/01/2019         | 07/01/2019        | 1,0000     | 0,1834038      | 0,1834038      |

| PERÍODO DE CONSUMO | QUANTIDADE | PREÇO UNITÁRIO | VALOR UNITÁRIO |
|--------------------|------------|----------------|----------------|
| 01/01/2019         | 30,000000  | 0,1834038      | 5,50           |
| 02/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 03/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 04/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 05/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 06/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 07/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 08/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 09/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 10/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 11/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |
| 12/01/2019         | 40,000000  | 0,22794018     | 9,12           |

Para obter mais informações sobre a prestação de serviços de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou ligue para o número 0800-000000. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos serviços de energia elétrica.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
24/01/2019  
Rua da Aurora, 719 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

# 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: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000048619-0

---

Nr. da Autenticação 0B0109FBACEBF45B





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **DJAELSON PEDRO DE FARIAS** portador do RG: 10.093.156 SDS-PE e CPF: 710.511.164-06, que consta nos registros de ocorrências Nº1905170425 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 17/05/2019 às 19h e 21min, no endereço **AVENIDA JOÃO SOARES MACHADO, DISTRITO INDUSTRIAL, CARUARU-PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO** tendo sido enviada **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo removido em seguida para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Setembro de 2019.

  
Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 19/09/2019

  
Djelson Pedro de Farias

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 79

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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 710.511.164-06 3 - CPF da vítima: 710.511.164-06 4 - Nome completo da vítima: Dielborn Pedro de Lencas

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2012

5 - Nome completo: Dielborn Pedro de Lencas 6 - CPF: 710.511.164-06  
7 - Profissão: Riano 8 - Endereço: Rua: Julio Fernandes 9 - Número: 371 10 - Complemento: Barra  
11 - Bairro: Aeroporto Costa 12 - Cidade: Guarana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.000-000  
15 - E-mail: Rian.bilen.henriques@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 9992.95.1008

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$3.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as faixas acima. Anote uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2278 AG 03 CONTA: 0000048619 0 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso dissente do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicial ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/netas? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, taxa devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor resbando, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Espaço para o legível de quem assina a rogo/a pedido  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: 05.802.494/0001  
CPF: THACIO CORRETORE DE SEGUROS LTDA  
Assinatura da testemunha: 24 SET 2019  
39 - 2ª | Nome: 24 SET 2019  
CPF: Rua da Aurora, Nº 175, 3º Andar  
Assinatura da testemunha: Dielborn Pedro de Lencas - CPF: 710.511.164-06

40 - Local e Data: Guarana - 23-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Dielborn Pedro de Lencas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Rosilene Maria da Silva



file:///C:/Users/inv1/infopol/amoABOEPreview.html



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 99ª CIRCUNSCRIÇÃO CARUARU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2106000455

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/09/2019 às 15:42

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 17/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, DISTRITO INDUSTRIAL - Bairro: KENNEDY  
- CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
BURACO (AUTOR/AGENTE)  
DJIELSON PEDRO DE FARIAS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DJIELSON PEDRO DE FARIAS

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

DJIELSON PEDRO DE FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Mãe: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS Data de Nascimento: 16/8/1997 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DJIELSON PEDRO DE FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a): DJIELSON PEDRO DE FARIAS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CO 160FAN ESD/ Objeto apreendido: Não  
Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: PEJ0288 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 110108026 Chassi: GC2K02210HR003177  
Ano Fabricação/Modelo: 2017/NÃO INFORMADO

**Complemento / Observação**

INFORMA A VÍTIMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRÂNSITO NESTA CIDADE NO DISTRITO INDUSTRIAL E DEVIDO A MA QUALIDADE DA VIA E DA ILUMINAÇÃO NÃO PERCEBEU UM BURACO NA VIA E AO PASSAR PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR ONDE TEVE FRATURAS NA MÃO DIREITA E DANOS MATERIAS

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C  
Ribeirão Vista - CEP: 50.060-010

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

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

DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
(VITIMA)

*Djaelson Pedro de Farias*  
*[assinatura]*

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

*1530297*



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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

RECIFE-PE





**CAIXA ECONOMICA FEDERAL**

Sorteios de segunda-feira a sábado, às 15h30min.

262-889327306-7

19/SET/2019

HORA DE 15:23:52

LOT. 15.021595-9

LOCALIDADE: CARUARU

AG. VINCULADA: 2778

TERM 045517

CONTROLE: 262400822

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: DJAILSON PEDRO DE FARIAS

AGÊNCIA: 2778

COPIAÇÃO: 013

IDENTA-DV: 000 000 048 619-8

DATA DA ABERTURA: 19/09/2019

LOTÉRIAS CAIXA

262-889327306-7

10/VIA

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190547439

Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DJAELSON PEDRO DE FARIAS

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

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 2778

Conta: 000000048619-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190547439**

**Vítima: DJAELSON PEDRO DE FARIAS**

**Data do Acidente: 17/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DJAELSON PEDRO DE FARIAS**

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





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329565/19

**Vítima:** DJAELSON PEDRO DE FARIAS

**CPF:** 710.511.164-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/05/2019

**Titular do CPF:** DJAELSON PEDRO DE FARIAS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60

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

### DJAELSON PEDRO DE FARIAS : 710.511.164-06

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329565/19

**Número do Sinistro:** 3190547439

**Vítima:** DJAELSON PEDRO DE FARIAS

**CPF:** 710.511.164-06

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 17/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DJAELSON PEDRO DE FARIAS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**ROSILENE MARGARIDA DA SILVA : 029.170.884-60**

Procuração

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019  
Nome: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA  
CPF: 029.170.884-60

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



# PROCURAÇÃO

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

## OUTORGANTE:

Nome: Djalmar Pedro de Farias  
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Revisor  
RG nº 10093156, CPF/MF nº 710 511 164-06, com  
endereço residencial na Rua: Julia Fernandes, 271  
Barro: Acauã, Paraíba  
Paraná - PE

## OUTORGADO:

Nome: Rafaelle Mangualda da Silva  
brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000-356  
CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na  
Rua: Ricardo Silva, 332  
Barro: São Francisco  
Paraná - PE

## PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -  
DPVAT, por natureza Instalado da Vítima  
Djalmar Pedro de Farias CPF 710 511 164-06 e  
cujo Sinistro ocorrido no dia \_\_\_\_\_

Paraná, 19 de Setembro de 2019.



Djalmar Pedro de Farias

Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 1  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:  
DJAILSON PEDRO DE FARIAS  
seu Nº 0071673, CQM09201903.01664  
hou te CARUARU, 19/09/2019 11:46:05 Em tea da verdade



Enviado para Sônia Sora B. de Oliveira

Total DESLIG-TINA 120,80 Porcent 110,04 Porcent-RSC 08 Ter R\$4 91,00 C.A. 777

Cópia autenticada em sistema de registro digital no processo 000000

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27/09/2019

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



## PROCURAÇÃO

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

### OUTORGANTE:

Nome: Djalmar Pedro de Farias  
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Aluno  
RG nº 10093156, CPF/MF nº 710 511 164-06, com  
endereço residencial na Rua: Julio Fernandes, 271  
Carmo. Acordeante, Paju  
Parauari - PE

### OUTORGADO:

Nome: Rosilene Mangueira da Silva  
brasileira (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000-356  
CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na  
Rua: Ricardo Pitar, 332  
Carmo - São Francisco  
Parauari - PE

### PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -  
DPVAT, por natureza Simultânea da Vítima  
Djalmar Pedro de Farias CPF 710 511 164-06 e  
cujo Sinistro ocorrido no dia \_\_\_\_\_.

Parauari, 19 de Setembro de 2019.



Djalmar Pedro de Farias  
Outorgante  
(Reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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:** 3190547439 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DJAELSON PEDRO DE FARIAS **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %  | Em grau médio - 50 %  | 5%        | R\$ 675,00               |
| Total   |   |   | 5 %       | R\$ 675,00               |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS BURIL

**CAC-05**



*Rosilene Margida da Silva*

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL



ROSENA CRISTO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.000.356

31/05/2010

ROSELENE MARGARIDA DA SILVA >>

SEVERINO FIRMINO DA SILVA >>

MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>

CARUARU - PE

074195 01 55 1993 2 00017 030

029.170.884-60

30/01/1976

39 40 060 - 312

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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



UNIDADE DE REGISTRO CIVIL DO BRASIL  
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA  
DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C  
BOA VISTA - RECIFE - PE

**JOÃO PEDRO DE FARIAS**

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR: UF  
19093156 SDE PE

CPF: 710.511.164-06 DATA NASCIMENTO: 15/06/1997

PLACADO: JOÃO PEDRO DE FARIAS

GENÉRICA ANTONIA DE FARIAS

CONTATO: CAT. DIA: AM

Nº REGISTRO: 06549016030 VALIDADE: 16/09/2025 VENCIMENTO: 31/01/2016

OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO

*João Pedro de Farias*

LOCAL: CARUARU - PE DATA EMISSÃO: 30/01/2017

*Cláudio Antonio Lima Gomes*  
CPF: 41167805455  
RG: 28077919912

PERNAMBUCO

1420987572

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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

# HOSPITAL JESUS PEQUENINO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

|  |                  |             |                                  |
|--|------------------|-------------|----------------------------------|
| Atendimento: 544052                        | Data: 18/05/2012 | Hora: 15:20 | Resposta: MARIA DE LOURDES SILVA |
| Convênio: SES - ORTOPIEDIA                 |                  |             | Matrícula: 702307102794116       |
| Responsável:                               |                  |             | Identidade:                      |
| Médico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO   |                  |             | Cartão SUS: 702307102794116      |
| Paciente: 125336 DJAELSON PEDRO DE FARIAS  |                  |             | Sexo: MASCULINO                  |
| Nascimento: 16/08/1997 - 21 Anos e 9 Meses |                  |             | Cor: MORENO                      |
| Endereço: RUA JULIO FERNANDES, 271         |                  |             | Estat. Civil:                    |
| Bairro: VILA DO AEROPORTO                  |                  |             | C.P.F.: 71051118406              |
| IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU               | CEP: 55000-000   |             | Identidade: 10093156             |
| Pai: JOAO PEDRO DE FARIAS                  | UF: PE           |             | Telefone: 81.92112157            |
| Mãe: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS            |                  |             | G. Instrução:                    |
| Nacionalidade: BRASIL                      |                  |             | Ocupação:                        |
|  |                  |             | Naturalidade:                    |
| Obs: SENHA ORTOPIEDIA 574890               |                  |             |                                  |

Queixa do Paciente:

- 20/05/12 (antes da lesão)  
 lesão fratura 2.º metacarpo 1.º  
 12/05/12  
 10/06/12

João Martin V. Costa  
 Traumatismo-Ortopedia  
 CRM-PE 5580

H.D.A:

10/06/12 24 hrs 5.º lesão metacarpo  
 10/06/12 24 hrs 5.º lesão metacarpo  
 10/06/12 24 hrs 5.º lesão metacarpo

Exame Físico:

João Martin V. Costa  
 Traumatismo-Ortopedia  
 CRM-PE 5580

H.D:

12/06/12 29 hrs 5.º lesão metacarpo  
 12/06/12 29 hrs 5.º lesão metacarpo  
 12/06/12 29 hrs 5.º lesão metacarpo  
 15/06/12 29 hrs 5.º lesão metacarpo

Tratamento:

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO LOURETORA  
 DE SEGUROS LTDA

24.05.2012

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-910  
 Boa Vista - CEP: 55000-000  
 RECIFE-PE

João Martin V. Costa  
 Traumatismo-Ortopedia  
 CRM-PE 5580

15/06/12 55 hrs 1.º lesão metacarpo  
 15/06/12 55 hrs 1.º lesão metacarpo

Bezerros, 18 de maio de 2012

Assinatura e Carimbo do Médico  
 16/06/12 16/06/12 16/06/12

João Martin V. Costa  
 Traumatismo-Ortopedia  
 CRM-PE 5580



16/09/13 1/6 de R. R. R.  
v. 000 - 4 unidades postas  
futura. infante por causa  
refere o mesmo

9/7

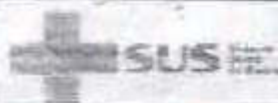
Adm. Marinho Y. Costa  
Trabalha, O. O. O. O. O.  
C. O. O. O. O. O. O.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24.517.79

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





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 - Nome do Estabelecimento Solicitante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO | 2 - CNES<br>2344254 |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO  | 4 - CNES<br>2344254 |

Identificação do Paciente

|  |   |   |               |              |
|--|---|---|---------------|--------------|
| 5 - Nome do Paciente<br>DJAELSON PEDRO DE FARIAS   | 6 - Número do Prontuário<br>125336      |   |               |              |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)<br>702307102794116  | 8 - Data Nascimento<br>15/08/1997       | 9 - Sexo<br>MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia |
| 11 - Nome da Mãe<br>SEVERINA ANTONIA DE FARIAS   | 12 - Telefone de Contato<br>81.92112157 |   |               |              |
| 13 - Nome Responsável  | 14 - Telefone de Contato                |   |               |              |
| 15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)<br>RUA JULIO FERNANDES, 271 () - VILA DO AEROPORTO |   |   |               |              |
| 16 - Município da residência<br>CARUARU  | 17 - Cod. IBGE município<br>2604105     | 18 - UF<br>PE   | 19 - CEP      |              |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|  |   |
|--|---|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos<br>TRAUMA<br>BOA EF.<br>MAD. EXC. NÍVEL DE M.H.<br>RX: FRACTURA EM M.H. | 21 - Condições que justificam a internação<br>CLÍNICO |
|--|---|

|  |
|--|
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)<br>RX: FRACTURA. |
|--|

|  |                                   |                  |   |
|--|-----------------------------------|------------------|---|
| 23 - Diagnóstico inicial<br>FRACTURA EM M.H. DIVERTA | 24 - CID 10 Principais<br>S. 62.6 | 25 - CID 10 Sec. | 26 - CID 10 Causas associadas<br>85.69.06.05.01 |
|--|-----------------------------------|------------------|---|

|   |  |
|---|--|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado<br>TRATAMENTO CLÍNICO | 28 - Código do procedimento<br>040302034-2 |
|---|--|

|                           |                            |                                   |   |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 29 - Clínica<br>ORTOPEDIA | 30 - Caráter da Internação | 31 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF | 32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| 33 - Nome do Profissional Solicitante<br>RAFAEL DE SOUZA LIMA | 34 - Data da solicitação<br>15/08/19 | 35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho) |
|---|--------------------------------------|---|

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|  |                         |                     |           |
|--|-------------------------|---------------------|-----------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito  | 39 - CNPJ da Seguradora | 40 - Nr. do Bônus   | 41 - Data |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho típico   | 42 - CNPJ da Empresa    | 43 - CNA da Empresa | 44 - Data |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho atípico  |                         |                     |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado |                         |                     |           |

AUTORIZAÇÃO

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor                               | 52 - Nr. Autorização de internação hospitalar |
| 48 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF     | 49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador |   |

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho) | 53 - NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL<br>261910545623-1 |
|--------------------------|--|--|



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

HRA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: OMELSON PEDRO DE FARIAS

Atendimento: 509957

Prontuário: 338765

Data Nasc: 15/05/1997

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor: PARGA

Religião:

CPF: 7105.116408

RG: 0633140

CNS: 160867314240002

Endereço: RUA JUIZO FERNANDES

Nº 271

Bairro: VILA DO AEROPORTO

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55012-00

Fone: 81-35386

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: FTM COM MOTOCICLETA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## ATENDIMENTO

Data: 17/05/2012

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Exame Físico:

Outr. Providido:

Prescrição:

Dieta:

Data:

Horário:

05.802.494/0001-41  
TRACAO COOPERADORA  
DE SEGUROS LEGIA

Rua da Aurora, nº 172, 51.302-61, C  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

☐ Paciente    ☐ Familiar

Date: \_\_\_\_\_

Assistant/Lehr

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| (1) <u>Prüfung</u> | (2) <u>Fachname</u> |
|--------------------|---------------------|

Procedimento:

Aspirin/ASA

**Blog Definition:**

## Destino do Paciente

☐ Alta ☐ Cirurgia ☒ Ótito ☐ Exatubado ☐ Tectado de Alta Pacado

(x) Transferência: 4677

Condition de 2012

|            |               |                |           |
|------------|---------------|----------------|-----------|
| ( ) Carade | ( ) Melhorado | ( ) Inalterado | ( ) Outro |
|------------|---------------|----------------|-----------|

Date: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

17.05.2018 20:21:50

2 of 2

Uso de Atendimento

44-1000/bp4/0001-43

TRACÇO CORRETORA  
DE SEGURANÇA

24593

Baptista de Almeida, J. et al. / 51, 902 BA, C

ACA Verta - CIP: 94.040.010

附註



# OSPITAL JESUS PEQUENINO

## CHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Endereço: 544052 Data: 18/05/2019 Hora: 15:20  
 Invenio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: MARIA DE LOURDES SILVA  
 Matrícula: 702307102794116  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 702307102794116

Paciente: 125336 DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
 Nascimento: 15/08/1997 - 21 Anos e 9 Meses  
 Idade: RUA JULIO FERNANDES, 271  
 Bairro: VILA DO AEROPORTO  
 GE/Cidade: 2604108 CARUARU  
 UF: PE  
 Nome: JOAO PEDRO DE FARIAS  
 Sobrenome: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
 Est. Civil:  
 C.P.F.: 71051116406  
 Identidade: 10093156 SDS PE  
 Telefone: 81.92112157  
 Instrução:  
 Ocupação:  
 Nacionalidade:

Obs: SENHA ORTOPEDIA 574890

Nome do Paciente:

FRATURA NA MÃO

H.D.A.:

Exame Físico:

COM EF.  
 M.D.: GASTA NÍVEL M-470  
 Dx: FRATURA NA MÃO

H.D.:

FRATURA EM MÃO DIREITA

Tratamento:

CHIRURGIA

Conferido Com Documento  
 Original Recebido em  
 Hospital Jesus Pequeno  
 18/05/2019  
 Assinatura  
 Assistente Social  
 CRÉDITO Nº 1471

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

21/05/2019

Bazarros, 18 de maio de 2019

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

Assinatura e Carimbo do Médico



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO****ICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

tendimento: 544052 Data: 18/05/2019 Hora: 15:20  
grvênio: SES - ORTOPEDIA  
esponsável:  
tédico: DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepç.: MARIA DE LOURDES SILVA  
Matricula: 702307102794116  
Identidade:  
Cartão SUS: 702307102794116

Paciente: 125336 DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
ascimento: 15/08/1997 - 21 Anos e 9 Meses  
ndereço: RUA JULIO FERNANDES, 271  
airro: VILA DO AEROPORTO  
BGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
ai: JOAO PEDRO DE FARIAS  
Ass: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS  
acionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
Est. Civil:  
C.P.F.: 71051115406  
Identidade: 10093166 SDS PE  
Telefone: 81.92112157  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Recepcionista:

Ativo Alta: ( ) Curado (X) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 20/05/19

Médico:

Assinatura / CRM

João Marlon V. Costa  
Traumatismo-Ortopedia  
CRM-PE 5830

Observação

20/05/19

Vista da lesão e  
Plano de tratamento

João Marlon V. Costa  
Traumatismo-Ortopedia  
CRM-PE 5830

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura de

2. O.D. 9

João Marlon V. Costa  
Traumatismo-Ortopedia  
CRM-PE 5830

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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

Contido Com Documento  
Original Bezerria  
Hospital Jesus Pequeno

Ana Amaral  
Assistente Social  
CRESP-PE nº 4.171

| RELATÓRIO CIRÚRGICO  |                    |
|--|--------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>DJAELSON PEDRO DE FARIAS   | NÚMERO DO REGISTRO |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA   |                    |
| CIRURGIÃO<br>JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA  | DR PRISCILA AMORIM |
| ANESTESIA<br>BLOQUEIO EM PLEXO BRAQUIAL  |                    |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>20/05/2019   |                    |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO<br>FRATURA DE 2.º QUIRODACTILO DIREITO + DESBRIDAMENTO + TENOLISE + NEUROLISE |                    |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO<br>O MESMO  |                    |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>FIXAÇÃO + DESBRIDAMENTO + TENOLISE + NEUROLISE                                      |                    |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A MESMA  |                    |
| DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO  |                    |
| CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE  |                    |
| FIXAÇÃO COM 01 FIO DE KIRSCHNER INTRAÓSSEO   |                    |
| CURATIVO E TALA GESSADA  |                    |

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 SET 2019

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

Contendo Com Datação  
Original Bezerras PE  
Hospital Jesus Pequeno  
João Marilton  
Atua Marilton  
Assistente Social  
CRESPIN 4.473



Anestesia: Bloqueio digital e pedúnculo  
Nome: Ozielton Farias de Farias Nº do Registro 12526 Nº na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: Otorrinolaringologia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 21 Sexo: M Cor: P  
Operador: Dr. João Paulo de Farias Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesiista: Dra. Luciana  
Diag. Preop.: Fratura de falange proximal de 2º dedo Diag. Pósop.: Otimizado  
Op. Proposta: Tto cirúrgico Op. Realizada: a mesma  
Prémedicação: MB22-7 Hora: 12:45 Resultado: (MO 1-3-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4  
FGN 100mg

PRÉ-MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

|          |       | 15    | 30  | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 |
|----------|-------|-------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AGENTES  | NS    | 12:45 |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | NS    | 4330  |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | NS    |       |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | NS    |       |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Líquidos | PR    | 10    | 240 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | V     | 38    | 228 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | PULSO | 36    | 208 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | ANES  | 34    | 188 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | +     | 32    | 168 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | OP    | 30    | 148 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | O     | 100   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | TEMP  | 100   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | A     | 100   |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | ASPIR | 80    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RESR     | A     | 80    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | O     | 80    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|          | O     | 40    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Enxofre  |       | 30    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Alcool   |       | 30    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Contra   |       | 30    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

ECG PSR PSR  
Sinal 100% 99%

| AGENTES               | DOSES | TÉCNICA   | ANOTAÇÕES:  |
|-----------------------|-------|---|---|
| A. Difenidramina 80mg |       | Por deslizar HCR  | <p>05.802.494/0001-41<br/>TRACAO CORRETORA<br/>DE SEGUROS LTDA</p> <p>21 SET 2019</p> <p>Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C<br/>Boa Vista - CEP: 50.060-010<br/>RECIFE-PE</p> <p>Contido Com Drogas<br/>Original Bezerros PE<br/>Hospital Jesus Pequeno<br/>Ana Amorim<br/>Assistente Social<br/>CRESS/PE Nº 4.471</p> |
| B. Dipiridamol        |       | Bloqueio digital  |   |
| C. Difenidramina 80mg |       | 4 (A) venoclava   |   |
| D. Difenidramina 80mg |       | espalhada   |   |
| E. Talento 40mg       |       |   |   |
| F. Dipiridamol 2g     |       |   |   |
| G.                    |       |   |   |
| Líquidos              |       | CÂNULA - NASOOROFARINGEA<br>NASOOROTRAQUEAL - CEGA<br>BAL - TRAPI - CALIBRE DO TUBO<br>SOB - MÁSCARA<br>DIFICULDADE TÉCNICA | <p>Tempo de Anestesia</p> <p>451</p>  |
| SF0% 1                |       |   |   |
| TOTAL                 |       | 01  |   |
| OPERAÇÃO              |       | Tto cirúrgico de fratura de falange proximal de 2º dedo   | <p>Laís - Espinal - Enxofre 30mg<br/>Difenidramina 80mg - HCR<br/>Dipiridamol 2g - Venoclava<br/>Talento 40mg - Venoclava</p> <p>PERDA SANGÜEA 20 Q.D.O</p>   |
| ANESTESISTA           |       | CIRURGIÃO   |   |



Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biotopia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral  
Citologia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma  
Eletroencefalografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia  
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório  
MAMA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia  
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Penicilina - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia  
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-son - Urologia - e outras especialidades.



NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
D. NASCIMENTO: 15.08.1997  
Nº DO REGISTRO: 9603  
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA  
SOLICITANTE: NÃO INFORMADO  
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES


### LAUDO

Controle de fratura na base da falange proximal do 2º dedo.

Fixado com fios metálicos.

Correlacionar com exames anteriores.

Caruaru 13 de Junho de 2019

  
Dr. André Pinto da Silveira  
CRM - 11456

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24.06.2019

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

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOGRÁFICA DOS ADIADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE  
SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PRESENTAM MUDANÇAS DE ACÓRDIO COM A HISTÓRIA  
NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO NECESSIDADE DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE.  
ENTRAN IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CNMG - EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE  
EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIR A RADIOGRÁFICA, SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS  
PERIODICAMENTE.



Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biotopia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral  
Cirurgia e Colposcopia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma  
Eletroencefalografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia  
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Hóster - Implantes Dentários - Laboratório  
MAYO - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia  
Ortodontia - Ortopedia - Pediatria - Penicopia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia  
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.


NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
D. NASCIMENTO: 15.08.1997  
Nº DO REGISTRO: 9817  
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA AP+P  
SOLICITANTE: DR.º JOÃO MARILTON V. COSTA  
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

### LAUDO

Controle de fratura não consolidada na base da falange proximal do 2º dedo, com desalinhamento ósseo.

Correlacionar com exames anteriores.

Caruaru 11 de Julho de 2019

  
Dr. André Pinto da Silveira  
CRM - 11456

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL-302 BL. E  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOGRÁFICA DOS ADIACENTES. O GERENCIADOR NÃO DEVE  
SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E POSSUÍM VARIÁVEIS DE ACORDO COM A NATUREZA  
NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA. HAVENDO DESACORDO DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE,  
ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CMGO. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE  
EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS  
PERIODICAMENTE.





NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS  
D. NASCIMENTO: 15.08.1997  
Nº DO REGISTRO: 9603  
EXAME: RX DIGITAL DA MÃO DIREITA  
SOLICITANTE: NÃO INFORMADO  
CONVÊNIO: MARIA GERTRUDES

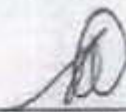
### LAUDO

Controle de fratura na base da falange proximal do 2º dedo.

Fixado com fios metálicos.

Correlacionar com exames anteriores.

Caruaru 13 de Junho de 2019

  
Dr. André Pinto da Silveira  
CRM - 11456

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-010  
RECIFE-PE

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLOGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE  
SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODERIAM MODIFICAR SE DE ACORDO COM O CURSO  
NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO NECESSIDADE DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE.  
ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CHMIL. EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAVOR ENVIAR ESTE  
EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DESSEMINAR RADIOGRÁFICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS  
PERIODICAMENTE.

OBLIQUO

PA



494/00

AO CORRE

SEGUNDOS U

24

da Auto

Bol

ES UNIVERSAD - SECURITAS ALIAY ODICEM ORTINE



OBLIQUO

PA



494/0  
AO CORR  
SEGURE  
24  
A MORTA, IN T  
BOA VIDA - CEP  
COFF

GENERO MEDICO MARIA GERTRUDES - CARVANA BE





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou envie um contato através de um dos números abaixo.

Capital e regiões metropolitanas: 4026-1536 / Outras regiões: 0800 012 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 86 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Davidoff: 0800 021 91 35

Eu, Apelton Pedro de Farias  
RG nº 10093156, data de expedição 25/01/17  
Órgão SDS, portador do CPF nº 710511164-06  
com domicílio na cidade de Parauapebas, no Estado de Pernambuco  
Rua: filho Fernando, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 271  
complemento Parauapebas, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Apelton Pedro de Farias, cujo o condutor era  
Apelton Pedro de Farias  
Veículo: Motorista Modelo: Nissan CG 160 Titan Ex Ano: 2017  
Placa: PCG 9230 Chassi: 9C8KC2230HRD 931772  
Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: Lamacha 19/09 2019

*Assinatura do Declarante*

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

24 SEP 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP- 50.060-4110

WJ-CSE-91

SEGUNDO SÉRGIO MONTEAL E PROTESTO DE CARLAU - PE

RECONHEÇO, por autenticidade a(s) firma(s) de:  
DANIELSON PEDRO DE FARIAS  
seio Nº 0077073.ORG09101903.0.662  
doi fe. CARUARU, 19-09-2019 11:43:23 Em test. da verda

10012 CARUARU, 19-09-2019 11:43:23 Em test. (Gr. verdade)

**Esquivel de Sousa Silva B. de Oliveira**

Copyright © 2006 by John Wiley & Sons, Inc.



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradordolider.com.br](http://www.seguradordolider.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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1396 / 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://www7.susep.gov.br/BIQUOTECAWEB/CODICORIGINAL.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 COAF.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. \* 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.132/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 029.170.884, 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

Djalma Pedro de Farias

inscrito (a) no CPF sob o Nº 710511164, 06

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliária

da vítima Djalma Pedro de Farias

inscrito (a) no CPF sob o Nº 710511164, 06 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de provê de residência junto a Seguradora Lider-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:<br>RUA RICARDO PILAR            | Número:<br>332     | Complemento:<br>CASA        |
| Bairro:<br>SÃO FRANCISCO                  | Cidade:<br>CARUARU | Estado:<br>PE               |
| E-mail:<br>rose.silva.seguros@hotmail.com | CEP:<br>65.000-000 | Tel (DDD):<br>81 99285-3006 |

Local e Data: CARUARU, 23-09-2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

DLRL.001 V001/2017

24 SET 2019

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