



Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.473, de 26/04/02.

Diretoria Operadora de Pernambuco
Av. 200-S, Sítio 111, Bairro das Flores - PE, CEP 50000-002
Fone/Fax: (81) 3202-5015/3202-5016, Zona 01, PE-5015

DADOS DO CLIENTE
ROGEMERES FONSECA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA RICARDO PILAR 333

CPF: 628.452.694-04 NIS: 12473398493

SAO FRANCISCO/CARuaru

CARUARU/PE

53000-000

CLASSIFICAÇÃO

S1 - RESIDENCIAL
BAIXA REBÉCA COM 95

0520850017 07/2019

26/01/2019 | ONDA | 10/01/2019

17/07/2019 | 09/08/2019

16/01/2019 | 2022.494/001 | 601.382 *

104,38

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 29 kWh	30.0000000	0,0504229	1,51
Consumo Ativo superior a 29 até 100 kWh	70.0000000	0,0504229	3,53
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	14.0000000	0,0601409	8,44
ACOSSETO Serviços ALIMENTOS, A			0,00
Conselho Am. Técnica Municipal			11,18
ICMS Subvenção-CDE-PE 05132942-1000115			0,72
ICMS Subvenção Bacia Hidro			2,00
Multa por atraso-IRP 05020000 - 1000115			1,73
Imposto de Renda-IR 05020000 - 1000115			0,58
Multas e Contribuições 05020000 - 1000115			0,51
Comissão da CNAME 05020000			0,03
Stimus ITAPV - 0513124 Lai 10473/02/02			1,85

TOTAL DA FATURA 104,38

IP30 - MENSAL	TIPO DE FORÇA	BASE HORAS	LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	PREC. UNITARIO	CONSUMO	AUSTE	COMISSÃO 20%
ABR19 - 111		0000000	0						
JUN19 - 111	IGRE	0,00	24,00	22/01/19	22,00	0,000	0,00	0,00	0,00%
AGO19 - 111	PIB	0,00	0,00	07/01/19	0,00	0,000	0,00	0,00	0,00%
ABR19 - 107	COPMA	0,00	0,00	00/01/19	0,00	0,000	0,00	0,00	0,00%
ABR19 - 101		0000000	0						
FEB19 - 111		0000000	0						
JUN19 - 105		0000000	0						
AGO19 - 111		0000000	0						
NOV19 - 101		0000000	0						
AGO19 - 112		0000000	0						
AGO19 - 111		0000000	0						
AGO19 - 100		0000000	0						
AGO19 - 102		0000000	0						

Este documento não é uma fatura, mas um resumo das informações contidas na fatura emitida pelo fornecedor de energia elétrica. O fornecedor é responsável por enviar a fatura ao cliente. O fornecedor é responsável por informar ao cliente as tarifas de consumo de energia elétrica, bem como as taxas e impostos que são aplicados ao consumo de energia elétrica. O fornecedor é responsável por informar ao cliente as tarifas de consumo de energia elétrica, bem como as taxas e impostos que são aplicados ao consumo de energia elétrica.

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

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 FARIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 00000048619-0

Nr. da Autenticação 0B0109FBACEBF45B



SAMU
192



CARUARU

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 29/10/2019

Djalson Pedro de Farias

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL 1
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 01 719

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do visto do ASI:

3 - CPF da vítima:

71051164-06

4 - Nome completo da vítima:

Djalma Ribeiro de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo:	Djalma Ribeiro de Souza			6 - CPF:	71051164-06					
7 - Profissão:	Ribeiro	8 - Endereço:	rua: Júlio Fernandes			9 - Número:	271	10 - Complemento:	Ribeiro	
11 - Bairro:	Aeroporto Caju		12 - Cidade:	Barra			13 - Estado:	PE	14 - CEP:	55000-000
15 - Email:	Ribe.biloxi@hotmail.com			16 - Telefones:	(81) 99285-3008					

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para pessoas físicas). Anexar uma cópia:

Bradesco (257) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 022863 CONTA: 0000018199

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar 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 ALÉMADA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que sou imparcializado 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 atende 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 50 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (a) Civil <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	--	-------------------------------

25 - Gênero de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---	------------------------------------	---	---

28 - Vítima casada: Sim _____ Não _____	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou netos/neta(s): Sim _____ Não _____	31 - Vítima teve imóveis? Sim _____ Não _____	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/álbis vivos? Sim _____ Não _____
---	---	---	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, tanto devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta comprovação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a contagem de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 291 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
----	--	---	--	--

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____	40 - Local e Data: Barra - 23-09-2019 Djalma Ribeiro de Souza	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
--	--	--	---

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____	44 - Assinatura da Autora, nº 175, 3º andar Assinatura da Testemunha, nº 113, CEP: 50010-000 Assinatura da Vítima, CEP: 50010-000
--	---

TESTEMUNHA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 VOL2/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da Autora, nº 175, 3º andar
Assinatura da Testemunha, nº 113, CEP: 50010-000
Assinatura da Vítima, CEP: 50010-000

RECIBO PE

Rosilene Mendes da Silva

file:///C:/Users/inv\infopol\um\BOEPreview.htm



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 99º CIRCUNSCRIÇÃO CAPURU
CARUARU**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2106000455

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/09/2019 no período da Noite

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)
DJAELSON PEDRO DE FARIAS (VITIMA)

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

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

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

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DJAELSON PEDRO DE FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a):
DJAELSON PEDRO DE FARIAS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESD/ Ocupante apreendido: Não
Cor: VERDE - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PCJ9226 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 1101699826 Chassi: 003K02210HR003177
Ano Fabricação/Modelo:
2017/NÃO INFORMADO

05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 CF 219

Rua da Aurora, 1175, 51.902-310
Belo Horizonte - MG - CEP: 30.060-010

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE SE ENCONTRAVA EM TRÂNSITO NESTA CIDADE NO DISTRITO INDUSTRIAL E DEVIDO A MAIOR 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 MATERIAIS

Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

DJAELSON PEDRO DE FARIAS
(VITIMA)

Djaelsson Pedro de Farias
m.m.

E.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

15302P-1



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24/09/2019

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

110.511.164-06

Djalilson Fábio de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 440/2012

5 - Nome completo:

Djalilson Fábio de Souza

6 - CPF:

110.511.164-06

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

Av. Júlio Fernando

9 - Número:

271

10 - Complemento:

Barra

11 - Bairro:

Aeroporto Caju

12 - Cidade:

Barra

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

15 - E-mail:

Recreio.bilba.treinamento@Hotmail.com

16 - Telefone:

(81) 992 85-1001

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAM
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Ativar uma opção)

Bradesco (337) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Inserir no banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0279-63 CONTA: 000048-019

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se usado)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e suamente apoio à efetivação do crédito, curtação total do valor recebido.

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

Declaro, sob a pena de perda, que não sou proprietário de avião/aviador ou leiaute do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, não tenho (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinqüenta) 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 curas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 24, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data da Morte 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: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (parentais)? Sim Não 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/viúva? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, entendo, neste, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilização criminal por infração do artigo 269 do Código Penal.

34
Início da
vida e a
morte
deve ser
informado
no formulário

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

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

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

40 - Local e Data:

Barra - 23-09-2013
Djalilson Fábio de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: 05.802.494/0001-1
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2º | Nome: 21.51.219
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
40 - 3º | Nome: 100.02.000-0000-0
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
41 - 4º | Nome: 100.02.000-0000-0
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

RECIF-PE

TESTIMUNIAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rosilene Margarida da Sá Souza

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DATA: sorteios de segunda-feira a sábado, 14:00h

262-889327306-7

19/SET/2019

HORA DE 15:23:52

LOT. TS. 821595-9

TERM. 04551/

LOCALIDADE: CARuaru

Nº. VINCULADO: 2778

CONTROLE: 202480522

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POXP CAIXA FÁCIL

NAME: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

AGÊNCIA: 2778

OPERAÇÃO: 013

EXCETA-DV: 000.000.846.519-8

DATA DA ABERTURA: 19/09/2019

LOTERIAS CAIXA

262-889327306-7

19/VIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 SET 2019

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

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 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, retorno 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



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, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: DJAELSON PEDRO DE FARIAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2019

DJAELSON PEDRO DE
FARIAS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSLENE MARGARIDA DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Djalma Pinto de Faria
 brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Revisor
 RG nº 10093156, CPF/MF nº 910 511 164-06, com
 endereço residencial na Rua: Júlio Fernandes, 271
Bairro: Alto do Poço
Brumado - BA

OUTORGADO:

Nome: Rafaeline Mangueira da Silva
 brasileiro (a), estado civil: Solteira, RG nº 9000-356
 CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Filho, 332
Bairro: São Francisco
Brumado - BA

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Invalidiz da Vítima
Djalma Pinto de Faria CPF 910 511 164-06 e
 cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Brumado, 19 de Setembro de 2019.



Djalma Pinto de Faria

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.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 Maceió - AL



SEGUNDO SERVICO NOTARIAL E PROTESTO DE CARTAS

1975

RECONHECO por su identidade na(s) firma(s) de:
DJAELSON PEDRO DE FARIA'S
seu Nº 0077023, CQM09201P-03.01.664
deu fe. CARUARU, 19/09/2019 12:46:05 Em 1241 da versão 01

~~RECORDED BY: Envirodata Software Solutions Inc.~~
File # 125135 TNNB 100.00 From 010.04 Filing # 5004 Ter 05A 01 On: 04/11/2017

Consulta automática en la web www.ub.edu o en el apartado de Consultas en la página [Consultas](#)

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

278-709

Rua da Aurora, nº 175, S. 902-876
Boa Vista - CEP 50.060-010
MS/CEP-91

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Djalison Pedroso de Faria
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Mecânico
RG nº 10093156, CPF/MF nº 110 511 164-06, com
endereço residencial na Rua: Júlio Fernandes, 271
Bairro: Centro Cidade: Juiz de
UF: Paraná - PR

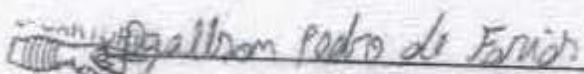
OUTORGADO:

Nome: Robilino Montanha da Silva
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, RG nº 9000-356
CPF/MF nº 029 170 884-60, com endereço residencial na
Rua: Ricardo Pinto, 332
Bairro: São Francisco
Cidade: Paraná - PR

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT, por natureza Invalidiz da Vítima
Djalison Pedroso de Faria CPF 110 511 164-06 e
cujo Sinistro ocorrido no dia _____.

Paraná, 19 de Setembro de 2019.


Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21/5/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

REC/CF

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



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 551 705

Reservado por los Autores. Nº 175, S. 902. C. C.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECLAME-PI

VALOR

VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.000,356

DATA

31/05/2010

VILLE

NAME

<< ROSILENE MARGARIDA DA SILVA >>

NAME

<< SEVERINO FRIMINO DA SILVA >>

NAME

<< MARGARIDA FORMOSINA DA SILVA >>

NAME

CARUARU - PE

NAME

30/01/1976

<< 07419501551993200017030

NAME

029.170.884-50

NAME

05.802.494/0001-41

NAME

TRACÃO CORRETORA

NAME



ESTADO DE PERNAMBUCO E AÇÕES

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE MENTAL

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 SEI 2019

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 01 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	Raio-pc:	MARIA DE LOURDES SILVA
Convênio:	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	702307102794116
Responsável:						Identidade:	
Médico:	DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LE-O					Cartão SUS:	702307102794116
Paciente:	125336 DJAELSON PEDRO DE FARIA					Sexo:	MASCULINO
Nascimento:	15/08/1997	21 Anos e 9 Meses				Estr. Civil:	COR: MORENO
Endereço:	RUA JULIO FERNANDES, 271					CPF:	71051118406
Bairro:	VILA DO AEROPORTO	CEP:				Identidade:	10093156
IBGE/Cidade:	2604106 CARUARU	UF:	PE			Telefone:	81.92112157
Par:	JOAO PEDRO DE FARIA					G.Instrução:	
Mãe:	SEVERINA ANTONIA DE FARIA					Ocupação:	
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	
Obs:	SENHA ORTOPEDIA 574890						

Queixa do Paciente:

- 20/05/15 Gastroite aguda

Fever t. abd 2:00 sente abd

* 12/05/15 jas

tx feria 10/06/15

João Martinho Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 590

H.D.A.:

10/06/15 24 hr s/ dor abd

p. fricção jas d/p

11/06 " A

João Martinho Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 590

Exame Físico:

12/06/15 29 ab C° S/ dor abd

p. fricção jas - crura - mamas

Rx ab s/ p. fricção constante
de ferida 15/05/15 - a fm

João Martinho Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 590

15/05/15 55 ab CP : ab

p. fricção profundo.

Anal, ab num. fricção p.

ab fm ab fm

Assinatura e Carimbo do Médico

João Martinho Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 590

Bezerra, 18 de maio de 2019

16/09/11 2 116 da 1^a pág
a 20 - 4 endosso roti
lito. infusões das ceras
referentes

9175

José Milion V. Costa
Transporte Corretores
C.R.I.D.-PE 2050

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24.511.719

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

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

HRA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

		Atendimento: 509987	Promotor: 338763
Nome: OMELSON (PEDEIRO DE FARIAS)	Data Nasc.: 15/08/1927	Idade: 22	Sexo: MASCULINO
CPF: 7106.1164-6	RGT: 0039146	Cod. PARCA	Religião:
Endereço: RUA JUÍZO FERNANDES, Bairro: VILA DO AEROPORTO		CNS: 16.057514240002	N.º DE ESTADO: PE
CEP: 50012-000		Class: CARUARU	Profissão: AGRICULTOR
Fone: 81-355382			
Nome da Mãe: S. VERINA ANTONIA DE FARIAS			
Acompanhante:			
Motivo do Atendimento: FTT COM MOTOCICLETA			
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			

D - ATENDIMENTO Data: 17/05/2010 20:26

ANÁLISE: MÉDICO PLANTONISTA

Quais os Principais / HRA:

Exang. Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dúbg. Provável:

Prescrição:

Dieta:

17 MAI 2010

Data:

Horário

05.807.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DESEGURADA
HRA

21

Rua da Amizade, nº 174, S/ 302 Bl. C
5009 Vista - CE - 50.060-010
RECIFE/PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGENCIA

S - Evolução / Exame:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata redenção do paciente desse hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todos os consequências que isso me possam carregar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel: _____
Data: _____

Assinatura: _____

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel: _____
Procedimento: _____

Assinatura: _____

Dia: Definitivo:

Leitura do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadida Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento: _____

Condição de Alta:

Curado Melhorado Inaferrado Óbito

Data: _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

17/05/2018 20:21:50
do 2

Unário do Atendimento

0459-802-494/0001-41

TRACON CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

715113

Rua da Aurora, 10175-51500-841
Boca Vista - CEP: 50.060-010

MECOP

OSPITAL JESUS PEQUENINO
CLA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

endamento: 544052 Data: 18/05/2019 Hora: 15:20
invenção: SES - ORTOPEDIA
responsável:
Artur DR. ARTUR DOMINGOS DE SOUZA LEAO

Recepção: MARIA DE LOURDES SILVA
Matrícula: 702307102794116
Identidade:
Cartão SISU: 702307102794115

Cliente: 125336 DJAELSON PEDRO DE FARIAS
Nascimento: 15/06/1987 - 21 Anos e 9 Meses
Endereço: RUA JULIO FERNANDES, 271
Sítio: VILA DO AEROPORTO
CE/Cidade: 2604106 CARUARU
M: JOAO PEDRO DE FARIAS
Es: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS
Pais/Idade: BRASIL

CEP:
UF-PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
 Est. Civil:
 C.P.F.: 71051116406
 Identidade: 10093156 SDS PE
 Telefone: 81.92112157 +
 G.instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

SENHA ORTOPEDIA 574890

Leixa do Paciente:

~~SATURATE~~ ~~→ CERTAIN MED.~~

104

Exame Físico: UN ST.
MJD: GASTA MIGL M-440
Rx: FILHOLA NA HAD.

HR: ~~FESTIVIDAD DE DICIEMBRE~~

Tratamento: cloruro

Concordia Clínica
Original Beirans P.
Hospital Jesus
Pequeno
10/03/2014
Dr. Amorim
Assistente Social
Chefe NF: 117

~~05.802 494/0001-41~~
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Reatório - 18 de maio de 2019

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

Assinatura e Carambo do Médico

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

ICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Atendimento: 544052 Data: 18/05/2019 Hora: 15:20
 Convênio: SES - ORTOPEDIA
 Responsável:
 Médico: 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
 Endereço: RUA JULIO FERNANDES, 271
 Bairro: VILA DO AEROPORTO
 BGE/Cidade: 2604106 CARUARU
 Pai: JOAO PEDRO DE FARIAS
 Mãe: SEVERINA ANTONIA DE FARIAS
 Nacionalidade: BRASIL

CEP:
 UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO
 Est. Civil:
 C.P.F.: 71051115406
 Identidade: 10093188 SDS PE
 Telefone: 81.92112157
 G.Instrução:
 Ocupação:
 Naturalidade:

Repcionista:

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

Alta Hospitalar

Data: 21/05/2019

Médico:

Assinatura / CRM

Dr. Marilson V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5838

Observação

20/05/19

Visita alta clínica
 Peso e febre: Jovem

João Marilson V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5838

Transferência Hospitalar Data: 21/05/2019

Médico:

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Fraqueza tóxica

21/05/2019

Diagnóstico Definitivo:

João Marilson V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5838

Óbito

Data: 21/05/2019

Médico:

Assinatura / CRM

05.802.494/0001-01
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

21/05/2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Diagnóstico Secundário:

João Marilson V. Costa
 Traumato-Ortopedia
 CRM-PE 5838

Conferido Com Diagnóstico
 Original Bezerra P.
 Hospital Jesus Pequeno
 02/06/2019

Aida Amorim/
 Assistente Social
 CRESS/PE N° 4371

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NAME DO PACIENTE DJAELSON PEDRO DE FARIAS CLÍNICA ORTOPÉDICA	NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIAO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXO BRAQUIAL	DR PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 20/05/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE 2 QUIRODACTILO DIREITO + DESBRIDAMENTO + TENOLISE + NEUROLISE	
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA FIXAÇÃO + DESBRIDAMENTO + TENOLISE + NEUROLISE	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE.	
FIXAÇÃO COM 01 FIO DE KIRSCHNER INTRAOSSSEO	
CURATIVO E TÁLA GESSADA	

João Marilton
Licitador
CRM-5980

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21/05/2019

Rua da Aurora, 10175-900 BL C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Contendo Com Drogaria
Original Bezerros Pequeno
Hospital Jesus Pequeno
João Marilton
Assistente Social
CRF-PE N. 4471

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 20/05/19

Anestesia:	Blocoarco digital + pedraço		Nº
Nome:	Adelson Fábio de Faria	Nº do Registro	125236
Clinica:	Ospedale	Quarto:	
Quarto:		Leito:	
Operador:	Dy. José Maia	Idade:	21
Diag. Preop.:	Fratura de fôlange proximal de dedo	Anestesista:	Dra. Ana Paula
Op. Proposta:	Tto emergênc	Diag. Posop.:	Fratura de dedo
Premeditação:	MZ 2-7	Op. Realizada:	A emergênc
		Hora: 12:45	Resultado: (AO 1-2-3) (AO 1-2-3)
			Risco: 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

12:45

AGENTES	15			30			45			15			30			45			15			30		
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Liquidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venoso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ANEST.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OP.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TEMP.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASPIR.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RESPI.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LEVOV.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RESPI.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contra:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

SÍMBOLOS: ECG ESR
SAL CO2 1007.991

AGENTES	12.450	DOSES	TECNICA	ANOTACOES:
A. Diodocaina 80 mg			jet de lada MCR	
B. Geralcaina			Bloqueio digital	
C. Procaine 10			4 ventosas	
D. Novocaina 1% suspensão 2ml				
E. Etomidate 40-70				
F. Dexameta 2g				
G.				
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO-ORO-FARINGEA NASO-ORO-TRÁQUEA - DEGA BAL - TAMI - CALIBRE DO TUBO SOB - MASCARA DIFÍCILDADE TÉCNICA		05 802.494/0001-41 TRACÃO CORRETIVA DE SEGUROS LTDA 24 91709 Av da Aurora, nº 175, 51.902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RN/CEPE: PE
SF 0% 1		Tempo de Anestesia		
TOTAL 01		45		
OPERACAO:		Laringo - Esófago - Extremo Dextra Operação: Ressecção - Histero Cirurgião: Dr. J. Vitor Assistente: Dr. J. Vitor Anestesiologista: Dr. J. Vitor Enfermeiro: Dr. J. Vitor		Hematoma Anterior Sangramento: 2000 ml Perda Sanguínea: 2000 ml
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:		

Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Cirurgia e Coloproctologia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletrovenclogramma
Eletroneurofisiologia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Heitor - Implantes Dentários - Laboratório
MAPA - Mastologia - Neurologia - Neurologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortopedia - Ortopedia - Pediatria - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.



NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIA
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
TRABALHO 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 RADIOLÓGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E POSSUEM MUITO TEMPO DE AGRADAÇÃO COM A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO IMPORTEANCIAS DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CRMG. EM CASOS DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(ES), FAZER ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOLÓGICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.



Alergologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Bucal - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Cirurgia e Coloproctologia - Colonoscopia - Dermatologia - Ecocardiografia - Eletrocardiograma - Eletroencefalograma
Eletromiografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urodinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Hora - Implantes Dentários - Laboratório
MAYA - Mastologia - Neurologia - Neuropatologia - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortopedia - Ortopedia - Pediatria - Pneumologia - Psicologia - Radiologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Alérgicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - Urologia - e outras especialidades.

NOME: DJAELSON PEDRO DE FARIA
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 SEGURAS LTDA

24 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 302 B, C.
800 VISTA - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA DO EXAME. O PRÉ-ALÔGICO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODERIAM MIGRAR DE FORMA COMUM. NESTE CASO, A NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO RECORRÊNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CLÍNICA DO PACIENTE, DEVERÁ ENTRAR IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM CRMG, EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTARIES). FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.



Alergiologia - Análises Clínicas - Angiologia - Audiometria - Biópsia - Cardiologia - Clínica Geral - Cirurgia Geral
Cirurgia e Coloproctologia - Coloscopia - Dermatologia - Eocardiografia - Eletrocardiograma - Electroencefalograma
Eletroneurofisiografia - Endocrinologia - Endoscopia Digestiva - Estudo Urocinâmico - Fisioterapia - Fonoaudiologia
Gastroenterologia - Gastroenterologia Infantil - Geriatria - Ginecologia - Holter - Implantes Dentários - Laboratório
MAMA - Mastologia - Neurologia - Neuropatologia Infantil - Nutrição - Odontologia - Oftalmologia - Otorrinolaringologia
Ortopedia - Ortopedia - Pediatria - Penicistologia - Pneumologia - Psicologia - Raio X Digital em Geral - Reumatologia
Testes Allergicos - Teste Ergométrico - Ultra-som - 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
CONVÉNIO: 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, nº 175, sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

ESTE LAUDO APRESENTA A IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA ATRAVÉS DA INTERPRETAÇÃO RADIOLÓGICA DOS ACHADOS. O RELATÓRIO NÃO DEVE SER CONSIDERADO ABSOLUTO E DEFINITIVO, JÁ QUE AS DOENÇAS SÃO EVOLUTIVAS E PODEM MUDAR SEM PREVISÃO. A HISTÓRIA NATURAL DA PATOLOGIA OU INVESTIGAÇÃO MAIS PROFUNDA, HAVENDO DISCORDÂNCIA DO EXAME EM RELAÇÃO COM A CÚNICA DO PACIENTE, DEVERÁ SER MEDIDAMENTE, EM CONTATO COM O MÉDICO, EM CASO DE NECESSIDADE DE RADIOGRAFIA(S) COMPLEMENTAR(E), FAVOR ENVIAR ESTE EXAME PARA MELHOR COMPARAÇÃO E DEFINIÇÃO RADIOLÓGICA. SUGERIMOS QUE ESTAS IMAGENS SEJAM PRESERVADAS PERIODICAMENTE.

R

OBLIQUO

E

PA



R



494/00
AO CORRE
SEGUNDOS.
217
da M... 9.10
Bol... 200-010

ES-PRINTAD - ESCORTADO ASGAX ODCEM DRCED

OBLIGADO

PA

R

2-494/0
AU CORPS
SECURED
24 C
A MORTOR, 1983
BOY VILLE, CEP
COFF

22 NOV 1982 - RECORDED AFMAM COMINT OFFICE



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)
Capital e regiões metropolitanas: 0800-1526 / Outras regiões: 0800 022 11 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Devidoria: 0800 021 91 35

Eu, Djalison Pedro de Faria,

RG nº 10093156

, data de expedição 25/10/17.

Órgão SOS

portador do CPF nº 710511164-06

com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Júlio Fernandes, nº 271

complemento basa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Djalison Pedro de Faria, cujo o condutor era

Djalison Pedro de Faria

Veículo: Jupiter Modelo: Honda CG 160 titan ex Ano: 2017

Placa: PCJ 9930 Chassi: 9C8KC2230HRD931772

Data do Acidente: 17/09/2019

Local e Data:

Caruaru, 19/09

2019

Djalison Pedro de Faria

Assinatura do Declarante

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

SEGUNDO BLOCO NOVAMENTE PROTESTO DE CARUARU - PE

RECONHEÇO, por autenticidade das firmas, de:
Djalison Pedro de Faria
nº 0077073-ORG09208903-0-662
de Caruaru, 19/09/2019 11:43:23 Em testemunha
da verdade.



Erivonide Souza Silva B. de Oliveira

E-mail: ERIVONIDE.TIN@TIN.GOV.BR Telefone: 0800 022 12 06 Op.: CAD/01

Consulta autenticidade em: www.tin.gov.br/authdigital ou zona GRCODE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24/09/2019

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

REC/ST/PE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.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: 0800-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 11 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvintiva: 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/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERNADE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISAS NA LEI Nº9.613/98.

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 Souza Inscrito (a) no CPF sob o N° 710511164, 06

do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Djalma Pedro de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o N° 710511164, 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob os penas da lei e para fins de prové da residência junto à 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: RUA RICARDO PILAR	Número: 532	Complemento: CASA
Bairro: SÃO FRANCISCO	Cidade: CARUARU	Estado: PE
E-mail: rosa.silva.seguros@hotmail.com	CEP: 55.000-000	Tel.(DDD): 61 99285-3006

Local e Data: CARUARU, 13-09-2019

Rosilene Margarida da Silva

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DLDR1.001 V001/2017

24 SET 2019

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