



Número: **0007653-44.2017.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Surubim**

Última distribuição : **04/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64488 169	10/07/2020 11:25	ANEXO 3	Outros (Documento)

DOCUMENTO 5 "TS94"



ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SURUBIM

Rua Maria Barbosa S/Nº- Centro, Surubim – PE

Fone: 81 – 36341624 Fax: 3634-1461

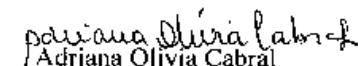
CNPJ 11.754.025/0001-05

E-mail: apamisurubim@terra.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que SEVERINO FERREIRA DA SILVA, deu entrada neste serviço no dia 28/03/17 vítima de queda de moto, feito atendimento em seguida transferido para o Hospital Getúlio Vargas para avaliação com traumatologista, conforme consta em prontuário de nosso arquivo.

Surubim, 12 de maio de 2017.


Adriana Olívia Cabral
Funcionária Encarregada





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
DATA: 07/04/2017

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
DATA: 07/04/2017

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

DR. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531
Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM 10531

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**,
prontuário nº**108.5277**, admitido neste hospital em 29/03/2017 com diagnóstico de
Fratura/Luxação Acrômioclavicular Esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 07/04/2017.

Recife, 09 de Maio de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Av. Cruz Cabugá 1563 Santo Amaro - Recife - PE
040-000 | CNPJ(MF) 10.869.782/0004-04

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017
Tel/Fax: 81.3412.3800
www.santacasarecife.org.br
diretoriahsa@santacasarecife.org.br



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0005-51 (03 vias)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		SENHA:	
CARTÃO SUS:			
NOME DO PACIENTE: Serenus Ferreira da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1985	SEXO: M	Nº DO REGISTRO: 492934	
NOME DA MÃE: Maria de Lourdes da Silva			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO: Zona Rural
MUNICÍPIO: Vergilândia do Araripe			UF: PE CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
Paciente admitido de Trauma em membro superior direito há 10 horas em dor intensa e antalgia AC			
EXAME FÍSICO:			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
Rx - P. AC III			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
LAC III			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO:	
Artroscopia			
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE:		CARATER DA INTERNAÇÃO:	
Ortopedia			
DATA: 11/03/17	Dr. Luiz Moraes Ortopedia / Traumatologia CRM - 13773	DATA: 11/03/17	Dr. Luiz Moraes Ortopedia / Traumatologia CRM - 13773
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
Dr. Luiz Moraes Ortopedia / Traumatologia CRM - 13773			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO			
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.890-000 E-mail: rrv@pe.gov.br			

ARQUIVADA EM
 02/03/2017



SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO ENCIPIENTE			4 - CNES	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			16 - CID 10 PRINCIPAL	
17 - CID 10 SECUNDÁRIO			18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
19 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			22 - CÓD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			24 - CÓD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
26 - CID 10 PRINCIPAL				
27 - CID 10 SECUNDÁRIO				
28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			38 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
39 - CID 10 PRINCIPAL				
40 - CID 10 SECUNDÁRIO				
41 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente vítima de acidente motociclístico há 24h, resultando em Fratura Luxação Acrômio Clavicular Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
44 - DOCUMENTO			45 - ASSINATURA E CARIMBO (M) DO REGISTRO DO CONSELHO	
46 - CID 10 PRINCIPAL			47 - CID 10 SECUNDÁRIO	
48 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			49 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
AUTORIZAÇÃO				
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
52 - DOCUMENTO			53 - ASSINATURA E CARIMBO (M) DO REGISTRO DO CONSELHO	
54 - CID 10 PRINCIPAL			55 - CID 10 SECUNDÁRIO	
56 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			57 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento		DATA DA SOLICITAÇÃO:	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL GETULIO VARGAS - RECIFE		29/03/17 08:07	
MÉDICO SOLICITANTE: ALCY MARIA DE SOUZA LIMA KRIGER PINHEIRO		Nº SOLICITAÇÃO: 305200	

Identificação do Paciente			Nº DO PRONTUÁRIO:	
NOME DO PACIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA				
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO: 01/12/1985	SEXO: MASCULINO		
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE LOURDES DA SILVA			TELEFONE DE CONTATO:	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RUA SEVERINO APOLÔNIO DE FRANÇA, SEM NÚMERO				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: VERTENTE DO LÉRIO	COD. IBGE MUNICÍPIO: 2616183,00	UF: PE	CEP:	

Dados sobre o Transporte		DATA DE EMISSÃO:	
MÉDIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA		29/03/17 12:50	
OBSERVAÇÃO: OK			
OBSERVAÇÃO EXIBITANTE:			

Regulador	
MÉDICO REGULADOR: POLYANNA ROSSANA NEVES DA SILVA	
TIPO LETO: CIRÚRGICO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante		DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
ESTABELECIMENTO: HOSPITAL SANTO AMARO - RECIFE		29/03/17 12:47	
MÉDICO AUTORIZADOR:			

ARJANA SEGUROS
 02 JUN 2017





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabuga, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19

Intervalo: 9

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Luxação
Acrômio Clavicular Esquerdo CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Fratura Luxação Acrômio
Clavicular Esquerdo + Tenotomia + Tenotomia + Neurolise
CÓDIGO: 0408010185 / 0408060468 / 0408060450 / 0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Leonardo Canêjo	13783
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Ezaú Figueiredo	17356
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico há 24h, resultando em Fratura
Luxação Acrômio Clavicular Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 18/04/2017 10:02

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**

Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)

Data: 06/04/2017 / 13:50 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 29/03/2017 15:42 Data da alta: 07/04/2017 15:19

Intervalo: 9

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Luxação Acrômio Clavicular Esquerdo **CID:**

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 18/04/2017 10:02:40





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**
Nº Registro: 496316 Nº Protuário: 1085277 Sexo: Masculino Idade: 31 ano (s)
Data: 06/04/2017 / 12:16 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 9

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 06/04/2017 - 12:17

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acromioclavicular esquerda

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acromioclavicular esquerda

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular + Tenomiotomia + Neurólise + Tenomiorrafia

Cirurgião: leonardo canejo

Anestesiata: Bloqueio de plexo

Anestesia: ezau figueiredo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

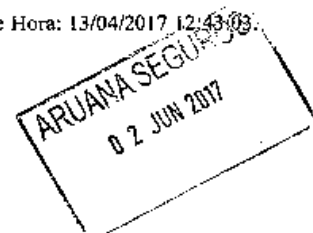
- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro esquerdo. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e pectoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 1 fio de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo pectoral.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO, CRM: 13783. Data e Hora: 13/04/2017 12:43:03.

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 13783 - RJ 11173





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: C.I.D. S431

Recife, 20/04/2017

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEST 13783

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Casa de Misericórdia de Recife

Solicitação de Exames

Paciente:	SEVERINO FERREIRA DA SILVA	Reg.: 496316	Pront.: 1085277
Telefone:	81982354028	Dt. Nasc.: 01/12/1985	RG: 7161024
Titular:	SEVERINO FERREIRA DA SILVA	Matric:	
Unidade:	ENFERMARIA SÃO LUIZ	Leitos:	LEITO F4
IH No.:	1	Admissão:	29/03/2017 15:42
CID:	S431	Convênio:	RETAGUARDA GETULIO
		OS:	
Data/Hora:	06/04/2017 12:19		

Exames Solicitados:

- 1) RX ART ACROMIO-CLAV ESQ

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJC

CRM: 13783

Dr. Henrique Costa Antunes
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10831

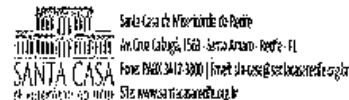
ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017



Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Reg.: 496316 **Pront.:** 1085277
Sexo: Masculino **Dt. Nasc.:** 01/12/1986
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 31
Admissão: 29/03/2017 15:42 **Alta:** 07/04/2017 11:22



Admissão:

LAC A ESQUERDA

Evolução / Conduta:

OPERADOS EM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S43.1 LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOTRACILAVICULAR

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	29/03/2017 15:42	07/04/2017 11:22	9 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S431

Recife, 07/04/2017

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista



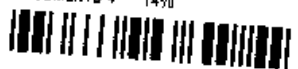
SOLICITAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO AO SAME

Nome do Paciente:		
Antonio M. Lima da Silva		
Identidade:	Telefone (11) de Contato:	
3101020	(11) 932354028	
Empresa:		
São Salvador, S.A.		
Endereço:	Cidade:	Estado:
	Ilheus de Loure	BA
Nome da Mãe:		
Marta A. Lima da Silva		
Prontuário:	Data de Exatidão:	Alm.
1085437	14.03.17	07.04.17
Nome do Contato:		
O. P. Lima		
Data de Nascimento:		
Laudo para fins de:		
DPVAT		
Obs:		
Falt. do lado E.		
☒ Laudo Médico	☒ Cópia do Prontuário	
Obs: Para solicitação de cópia do Prontuário anexar a Xerox da Identidade ao pedido. Ligar após 30 dias para o telefone (81) 3412-3815 de Segunda à Sexta, das 7h às 18h.		
Recibo 20 de 04 de 2017		
[Assinatura]		
(O Laudo só será entregue ao paciente, parente de 1º grau ou procurador)		

ARUANA SEGUNDO
02 JUN 2017



DOCUMENTO 4 "T496"



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SOLANGE MARIA DA SILVA

RG nº 8.013.275, data de expedição 02/03/2006

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 081.198.324-26, com

domicílio na cidade de SURUBIM, no Estado de

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

SITIO ZE DE LIRIO, GANCHO DO GALO, nº 122,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era

SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESI

Ano: 2013

Placa: KIE 7040

Chassi: 9C2 KC 1670 DR 491593

Data do Acidente: 28.03.2017

Local e Data: SURUBIM - PE - 11 MAIO 2017

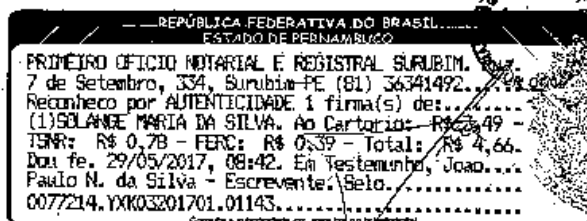
Solange Maria da Silva

Assinatura do Declarante



Severino Pereira da Silva

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





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

RG nº 4.810.389, data de expedição 17/06/02, órgão SSP/PE

CPF nº 945.234.444-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOAO BATISTA</u>
Número	<u>370</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SURUBIM</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55750000</u>
Telefone de Contato	<u>981298619</u>
E-mail	<u>— x —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017

Assinatura do Declarante: Adriana M. Moura de A. Fernandes

02 JUN 2017



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES, portador(a) do RG nº 4.810.389, expedido por SSP/PE, em 17/06/02, CPF/CNPJ nº 945.234.444-04,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) SEVERINO FERREIRA DA SILVA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima SEVERINO FERREIRA DA SILVA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AUX. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS Renda Mensal: R\$ R. INFORMAR

Documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

Adriana M. Moura de A. Fernandes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 14.460.313/0001-37 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 11/10/2011
NOME EMPRESARIAL ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES - ME			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) A F SEGUROS			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 82.11-3-00 - Serviços combinados de escritório e apoio administrativo			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não Informada			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 213-5 - Empresário (Individual)			
LOGRADOURO R JOAO BATISTA	NÚMERO 370	COMPLEMENTO	
CEP 55.750-000	BARRIO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO SURUBIM	UF PE
ENDEREÇO ELETRÔNICO		TELEFONE (81) 3634-1550	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 11/10/2011	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia 07/03/2017 às 15:37:26 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

Consulta QSA / Capital Social

Voltar

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017



HOSPITAL SÃO LUIZ - APAMI SURUBIM
FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA

Atendimento: 117/51257 Data: 28/03/2017 08:17 Recep: VANDSON
Convênio: SUS Matrícula: Setor: URGENCIA/EMERGENCIA
Médico: TASSIO BARROS Cartão SUS:

Registro: 165898 Prontuário: 165898
Paciente: SEVERINO FERREIRA DA SILVA Cor: Parda
Nascimento: 01/12/1985 - Idade: 31 anos Sexo: Masculino
Endereço: RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA Nº C.P.F.
Bairro: CENTRO Cep: Identidade: 7161024 / PE
IBGE/Cidade: VERTENTE DO LERIO UF: PE Telefone: 81863058
Pai: LUIZ FERREIRA DA SILVA G. instrução:
Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Ocupação:
Est. Civil: Naturalidade:
VERTENTE DO LERIO-PE

OBS:

DOCUMENTO 2 "T2%"

Anamnese e Exame Sumário:

QUEM DE MOTO CL DORS

EM SUPRIMO OSE

Exames Complementares:

Hip Diagnóstica /Cid:

Prescrição/Tratamento:

EX

Reavaliação:

NGV (6134041)

Materiais Usados:

Tassio Barros
Médico
CRM 25049

Assinatura e Carimbo do Médico

ARUANA SEGUROS
02 JUN 2017





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA,RG nº 7.161.024, data de expedição 19/08/02, Órgão SDS/PE,

CPF nº 086.840.024-66, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO ZE DE LIRO</u>
Número	<u>122</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>GANCHO DO GALO</u>
Cidade	<u>SURUBIM</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55750000</u>
Telefone de Contato	<u>991613907</u>
E-mail	<u>— x —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SURUBIM-PE, 17 MAIO 2017Assinatura do Declarante: Severino Ferreira da SilvaADRIANA SEGUNDO
02 JUN 2017

DABOLI DO GUARÁ
SULÉNE FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
C/ RUA LUIZ

CPF: 059.860 064-93

SURBIMANICHIO DO GALO
SURBIM PE
SUGALDO

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
PENDENCIAL
regulamentar

CONTA CONTRATADA	RESPOSTA
07023267122	03/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO LÍQUIDA
31/03/2017	25/04/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	106,6

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
003077952	UNICA	24/03/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA QUOTAÇÃO
24037011	20149999-23	50173335

DESCRIÇÃO DO ROTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Anual (Wh)	149,603000	0,616800	92,10
Acrescimo na conta AMARELA			3,00
Contribuição Iluminação Pública			0,40
ICMS Suspensão CDE NF 00308794-2 24/01/17			5,30
Multa por atraso NF 00305755-2 24/01/16			1,20
Multa por atraso NF 00306615-2 24/01/16			1,20
Multa por atraso NF 00307373-2 24/01/17			1,20
Juros por atraso NF 00306734-2 24/01/17			0,30
Juros por atraso NF 00306842-2 24/01/16			1,50
Juros por atraso NF 00306793-2 24/01/16			1,50

COMPARISON

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA-FISCAL										
PROD	TIPO DA	ANVENIM	DATA	ALTURA	DAJA	LEI/VALA	NO DE	CONSTANTE	QUANT	CONSUMO (Kg/m²)
MENTOR	ALUGA									
1-421395	11		21/02/2007	267,100	AN-26003	2-1910	31	1-0000		146,00

—“မှန်-ဝိနာငါ့ပြင် ငါ့အိမ်ပဲ”

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
ICMS	20,9%
PIS	1,38%
COFINS	1,67%
Outras	9,30%
Total	33,35%

VALORES EM REAIS	
ICMS	11,16
PIS	0,76
COFINS	0,93
Outras	4,50
Total	17,35

IN: OITN AÇÓÑÑ IN: OITN AÇÓÑÑ

1. **Indikator** adalah suatu konsep yang dapat diukur. Indikator merupakan konsep yang lebih kecil dari konsep yang lebih besar. Indikator merupakan konsep yang lebih kecil dari konsep yang lebih besar. Indikator merupakan konsep yang lebih kecil dari konsep yang lebih besar.

MANEJANDO EL RIESGO DE QUE LOS POSIBLES CONTINGENTES

Competition on the ground (n = 11) on 31 March 2002					
Yearly rank	Distance (m)	Year old	Weight (kg)	Sex	Notes

En cas de doute sur la validité d'un document, il faut s'adresser à la Direction de la Santé Publique, 100, rue de la Santé, 1000 Bruxelles, Belgique. Les documents sont disponibles en français, en néerlandais et en allemand. Les documents en français sont disponibles gratuitement, ceux en néerlandais et en allemand sont disponibles moyennant un droit de 10 francs belges.

Tabela 1		DISTRIBUIÇÃO DAS INTER-RELAÇÕES				TEM MONIN
	Formação	Alum. Núcleo	Alum. Cilindro	Alum. Cilindro + Núcleo	Alum. Alumina	
1	54,2 (33)	10,0 (6)	10,0 (6)	20,0 (12)	42,42	
2	10,0 (6)	10,0 (6)	10,0 (6)	30,0 (18)	30,21	
3	10,0 (6)	10,0 (6)	10,0 (6)	30,0 (18)	30,21	

Table 1. *Continued*

[illegible]

DIANA SEGUR
02 JUN 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SEVERINO FERREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 7.161.024 SSP/PE inscrito no CPF/MF sob o nº 086.840.024-66 residente e domiciliado na SÍTIO ZE DELÍDIO, 122, GANCHO DO GALO, Cidade SURUBIM, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 *T3*



Severino F. Ferreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SURUBIM-PE - 17 MAIO 2017

Local e data





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 126ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTE DO
LÉRIO - DP126ªCIRC DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0216000050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2017** às **13:47**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **28/3/2017** às **08:00**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 -**
Bairro: **CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
SOLANGE MARIA DA SILVA (OUTRO)
MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (TESTEMUNHA)
SEVERINO FERREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
SEVERINO FERREIRA DA SILVA

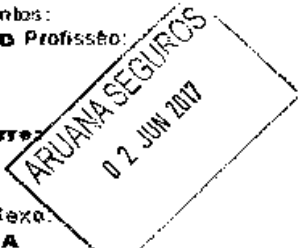
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

SEVERINO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
MARIA DE LOURDES DA SILVA Pat LUIZ FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
1/12/1958 Naturalidade: VERTENTE DO LERIO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7161924/SDS/PE (RG) Estado Civil CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão:
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS Telefones Celulares:
- 82354028

Endereço Residencial: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 54 - CEP: 0 - Bairro:**
CENTRO - VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DOS SANTOS BAROSA DE SALES (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: INACIA MARIA DOS SANTOS BARBOSA Pat ALBERTO PEREIRA
BARBOSA Data de Nascimento: 26/03/1978 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO
BRASIL

Endereço Residencial: **RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANCA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO**
- VERTENTE DO LERIO/PERNAMBUCO/BRASIL



30/05/2017 13:44



NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

SOLANGE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pat: SEVERINO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 28/10/1955 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residência: XEU - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SOLANGE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO FERREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **KIE7040** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **549247465** Chassi: **9C2KC1676DR491593**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**
Descrição: **MOTOCICLETA DE COR PRETA, PLACA KIE 7040, CHASSI 9C2KC1676DR491593, HONDA CG 150 FAN ES**

Complemento / Observação

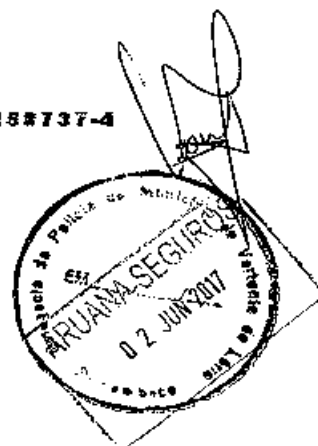
___ O SENHOR SEVERINO FERREIRA DA SILVA, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA COMUNICANDO QUE NO DIA 28/03/2017, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS DA MANHÃ, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE B.O. NO CENTRO DESTA CIDADE MAIS PRECISAMENTE NA RUA SEVERINO APOLONIO DE FRANÇA, E APARECEU DOIS CACHORO QUE ESTAVAM SOLTOS EM PLENA RUA E VINHERAM DE ENCONTRO A MOTOCICLETA, O SENHOR SEVERINO TENTOU PARAR O VEICULO MAS NÃO CONSEGUIU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA E VINDO CAIR AO SOLO, DIZ AINDA QUE APÓS QUEDA NÃO CONSEGUIU SE LEVANTAR DO LOCAL SENDO SOCORRIDO PELA SENHORA MARIA DOS SANTOS, EM SEGUIDA O LEVARAM PARA O HOSPITAL SÃO LUIZ NA CIDADE DE SURUBIM. AO FINAL ASSINA ASSUMINDO AS RESPONSABILIDADES PELAS INFORMAÇÕES PRESTADA NESTE B.O.

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

SEVERINO FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

Severino Ferreira da Silva

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO BARBOSA DA SILVA** - Matrícula: **158737-4**



30/05/2017 13:44



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

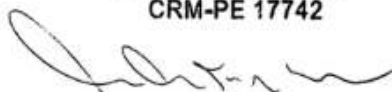
Nome do(a) Examinado(a): Severino Ferreira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Ze do Liro, 122
Gancho do Galo Surubim PE CEP: 55750-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7161024
Data local do exame: [13/06/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
DEFICIT DE MOBILIDADE DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO, COM DISCRETO PREJUÍZO DE FORÇA LOCAL, COM
PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA. FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: ALTA HÁ CERCA DE 30 DIAS
FIO K E FISIOTERAPIA
Complicações: HIPOTROFIA DO OMBRO ESQUERDO**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO OMBRO ESQUERDO
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

**SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742**





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1

Nº DO SINISTRO



PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SEVERINO FERREIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 7.161.024EXPEDIDO POR SDS LPEEM 19/08/22 ECPF 086840024-66 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO R. Inform

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.700,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SEVERINO FERREIRA DA SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 6295 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12763-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SUPERVIM-PE 17 de MAIO de 2017
LOCAL E DATA

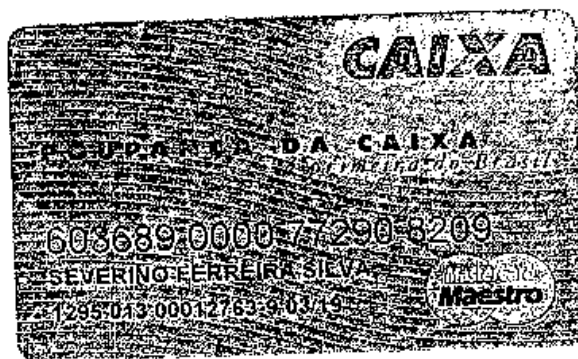
Severino Ferreira da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-8221204.

ARUANA SEG
02 JUN 2017





ARUANA SEGUE
02 JUN 2017



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2017

Carta nº: 11186127

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17
Vitima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000012763-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00939/00940 - carta_15R



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2017

Carta nº: 11133016

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro: 3170306364 ASL-0213953/17
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA
Data Acidente: 28/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00245/00246 - carta_02



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117266

A/C: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306364 ASL-0213953/17

Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

Data Acidente: 28/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00981/00982 - carta_01



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:	16/06/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000012763-9

Nr. da Autenticação 20A5C2A6A2E49F3D



PRÓCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- SEVERINO FERREIRA DA SILVA
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSA INFORMAR
IDENTIDADE- 7.161 024 SDS/PE
ENDEREÇO- SÍTIO ZE DE LÍRIO, Nº 122 ZONA RURAL, BAIRRO GANCHO DO GALO SURUBIM-PE.

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- AUXILIAR DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SURUBIM-(PE),28 DE ABRIL DE 2017.

2º Ofício

Severino Ferreira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)SEVERINO FERREIRA DA SILVA Dou fe. Surubim, quinta-feira, 11 de maio de 2017 - 10:47h Em Testemunha da verdade, Elizabeth de Fátima Moura Lobato - 2ª Substituta Total: 4,40 LÍRIO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE Selo(s): 007210588/03201701.03685- Pr Didimo Carneiro - Jose Ribeiro - Li 02 - SURUBIM-PE	2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE Praca Didimo Carneiro - OAB/PE José Ribeiro - Li 2 - Centro - Surubim-PE Fone: (011) 3034-1413 - E-mail: carmonaprotatariadmsurubim@gmail.com Cruzeta Maria Ethes de Lima - Tabelião Vigente
---	--



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170306364 **Cidade:** Vertente do Lério **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Deficit de mobilidade de grau grave do ombro esquerdo, com discreto prejuízo de força local, com presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta. Fez fisioterapia.
Complicações: Hipotrofia do ombro esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau grave do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

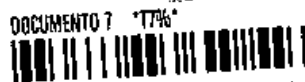
Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





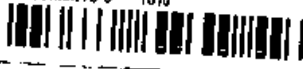
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013028553731	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	549241469	*****	2017
SOLANGE MARIA DA SILVA			
SURUBIM - PE			
081-198-324-26		KIE7040	
9C2KC1670DR491593			
PAS / MOTOCICLETA		ALCO / GASOL	
HONDA / CG 150 FAN ESI		2013 2013	
2P / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2017 QUITADO		1 *****	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
2 *****		3 *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IDF (R\$)	
SEGURO PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
SEM RESERVA			
SURUBIM			
Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT			
PE Nº 013028553731		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SOLANGE MARIA DA SILVA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
SURUBIM - PE		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2017	19/04/17
VIA	ODD RENAVAM	RNTRC	PLACA
1	549241469	*****	KIE7040
HONDA / CG 150 FAN ESI		2013 2013	
2P / 149CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPVA 2017 QUITADO		1 *****	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
2 *****		3 *****	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IDF (R\$)	
SEGURO PAGO		PREMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO			
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
www.seguradoralider.com.br			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT			
SEU NAU É DE SUO OBRIGATORIO			

ARUANA SEC
02 JUN 2017



DOCUMENTO 3 *13%*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
SECRETARIA DE SAÚDE

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 DOB: 03/08/1974
 CPF: 945.306.444-08
 END: RUA JOSE GOMES DE MOURA, 22 - JARDIM VENTURA - MOURA - SP

JOSE GOMES DE MOURA
 DOB: 17/06/2002
 CPF: 02378605879
 END: RUA JOSE GOMES DE MOURA, 22 - JARDIM VENTURA - MOURA - SP

SECRETARIA DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
 SECRETARIA DE SAÚDE

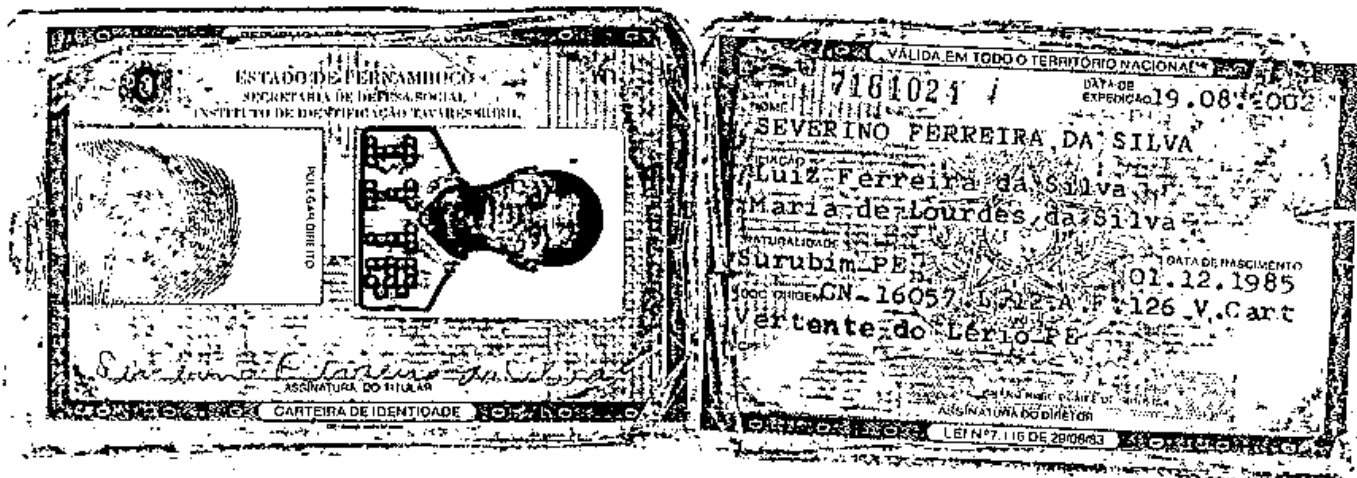
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
SECRETARIA DE SAÚDE

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
 DOB: 03/08/1974
 CPF: 945.306.444-08
 END: RUA JOSE GOMES DE MOURA, 22 - JARDIM VENTURA - MOURA - SP

JOSE GOMES DE MOURA
 DOB: 17/06/2002
 CPF: 02378605879
 END: RUA JOSE GOMES DE MOURA, 22 - JARDIM VENTURA - MOURA - SP

SECRETARIA DE SAÚDE
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HIGIENE
 SECRETARIA DE SAÚDE





DOCUMENTO 6 "T6%"

