

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014482210540

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 258915323 ***** 2018

PAUDALHO-PE

PAUDALHO-PE

Cpf / CNPJ 070.061.814-70 PLACA PRJ8469

PLACA ANT / UF ***** / PE 9C2KCI550ARI98051

ESPECIE TIPO / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

CAP / POT / CIL 2P / 149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. COTAS 1ª *****

V 1 FAIXA I PVA ***** 2ª ***** 3ª *****

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

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO BRADESCO FINANCIAME

PAUDALHO 16/06/18
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014482210540 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PAUDALHO-PE

55825-000

CS PAUDALHO-PE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 16/06/18

VIA 1 Cpf / CNPJ 070.061.814-70 PLACA PRJ8469

RENAVAM 258915323 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

2010 09 Nº CHASSI 9C2KCI550ARI98051

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
RUA RUA E. DE PORTO, OBRIGATORIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPATICO REFLEXA DA MAO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM NAO-CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, ASSOCIADA A SINDROME SIMPATICO REFLEXA DA MAO ESQUERDA, GERANDO INTENSA LIMITAÇÃO FUNCIONAL E DEGENERAÇÃO ARTICULAR, TENDO REALIZADO CIRURGIA DE ARTRODESE TOTAL DE PUNHO ESQUERDO. CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM E EM CASO DE CIRURGIAS :ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190449445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO NO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.061.814-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: EVALDO VICENTE
FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EVALDO VICENTE FERREIRA : 070.061.814-70

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/07/2019
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF: 070.061.814-70

EVALDO VICENTE FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/07/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255400/19

Número do Sinistro: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF: 070.061.814-70

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVALDO VICENTE FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/09/2019
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF: 070.061.814-70

EVALDO VICENTE FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

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



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190449445**

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190449445

Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVALDO VICENTE FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **EVALDO VICENTE FERREIRA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **341**

Agência: **000007728**

Conta: **0000016541-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.061.814-70 4 - Nome completo da vítima: Evaldo Vicente Ferreira

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

5 - Nome completo: Evaldo Vicente Ferreira 6 - CPF: 070.061.814-70
7 - Profissão: recuso ny 8 - Endereço: Vila Bela Vista 9 - Número: 892 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Paudalho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825-000
15 - E-mail: marabocassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16543
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paudalho 18/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL

POUPANCA MULTIDATA:

DIA/CTA	SDO DISP BRUTO	SDO DISP BRUTO
ATE 3/5/12		A PARTIR 4/5/12

* MOVIMENTACAO DO DIA *

CREDITOS	20,00
----------	-------

* POSICAO EM 18/07/2019

(+) SDO PARCIAL C/P	20,00
---------------------	-------

(=) SALDO C/P	0,00
---------------	------

(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO	20,00
----------------------------	-------

-----FIM

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190449445
Nome do(a) Examinado(a): Evaldo Vicente Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): R Bela Vista, 892
Bela Vista Paudalho PE CEP: 55825-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7136747
Data local do acidente: [02/01/2019]
Data local do exame: [09/09/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DO PILÃO TIBIAL DO TORNOZELO DIREITO.**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO DE AMBAS AS FRATURAS.
Complicações: PSEUDOARTROSE E SÍNDROME SIMPÁTICO REFLEXA DO PUNHO E MÃO ESQUERDA.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO E DISTROFIA IMPORTANTE DOS QUIRODÁCTILOS DA MÃO DO MESMO LADO. LIMITAÇÃO MODERADA DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO (30-45 GRAUS DE FLEXO-EXTENSÃO)

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DEFICIT FUNCIONA GLOBAL AO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (COTOVELO E OMBRO PRESERVADOS) E DEFICIT FUNCIONAL MODERADO AO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 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

- VIII. (*) 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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114000444

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **15:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 2/1/2019 às 17:20

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE BAIRRO NOVO, 01** - Bairro: **BAIRRO NOVO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BANCO BRADESCO.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA (AUTOR \ AGENTE)
EVALDO VICENTE FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**

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

EVALDO VICENTE FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: **JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA** Pai: **ISRAEL VICENTE FERREIRA** Data de Nascimento: **13/2/1985**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ENGENHO RAMOS, 892 - CEP: 0 - Bairro: GUADALAJARA - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO CHAFARIZ.**

CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA RIBEIRO DE BRITO, 901, SL. 1004. - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EVALDO VICENTE FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PFJ8469** (PERNAMBUCO/PAUDALHO) Renavam: **258915323** Chassi: **9C2KC1550AR198051**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO UTILITARIO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DO VEICULO DA EMPRESA UNIFIX ENGENHARIA**

Categoria/Marca/Modelo: CAMINHONETE/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: PDD2072 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA INFORMOU QUE NA TARDE DO DIA 02 DE JANEIRO DE 2019, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANTO TRANSITAVA NO BAIRRO DE BAIRRO NOVO, OLINDA-PE. PROXIMO AO BANCO BRADESCO. QUE FOI SURPREENDIDO POR UM VEICULO AUTOMOTOR QUE FEZ UMA CONVERGENCIA A ESQUERDA EM SENTIDO PROIBIDO FAZENDO O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA COLIDIR NA PARTE LATERAL TRASEIRA ESQUERDA. QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DA COLISÃO SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO. O SENHOR EVALDO VICENTE FERREIRA FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR PARA A UPA DE OLINDA-PE. POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

X *Evaldo*

EVALDO VICENTE FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *G* GUSTAVO MORAIS DE MELO - Matrícula: 273105-3

273105-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 070.061.814-70 4 - Nome completo da vítima: Evaldo Vicente Ferreira

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

5 - Nome completo: Evaldo Vicente Ferreira 6 - CPF: 070.061.814-70
7 - Profissão: recuso ny 8 - Endereço: Vila Bela Vista 9 - Número: 892 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Paudalho 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55825-000
15 - E-mail: marabocassessoria@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 81 97915.3756

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 7728 CONTA: 16543
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paudalho 18/05/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO ITAU S/A CONSULTA POSICAO POUPANCA

AGENCIA 7728 DATA 18/07/2019 HORA 13.46.02
CP 16541-1/500 EVALDO VICENTE FERREIRA
CPF 070.061.814-70 TIPO - INDIVIDUAL

POUPANCA MULTIDATA:

DIA/CTA	SDO DISP BRUTO	SDO DISP BRUTO
ATE 3/5/12		A PARTIR 4/5/12

* MOVIMENTACAO DO DIA *

CREDITOS	20,00
----------	-------

* POSICAO EM 18/07/2019

(+) SDO PARCIAL C/P	20,00
---------------------	-------

(=) SALDO C/P	0,00
---------------	------

(=) SDO DISPONIVEL LIQUIDO	20,00
----------------------------	-------

-----FIM



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000801 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EVALDO VICENTE FERREIRA , 34 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7136747 SDS-PE , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.061.814-70, residente à RUA ENG RAMOS, nº 00892, , QUADALAJARA, PAUDALHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/01/2019, por volta das 17:27 hs, no endereço: AV. GETULIO VARGAS, 1445, BAIRRO NOVO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA CG VERMELHA PFJPFJ-8469-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) EVALDO VICENTE FERREIRA , inscrito sob o CPF nº 070.061.814-70 e Registro Geral nº 7136747, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940118-0 LAERCIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 497772. Ficou aos cuidados do médico JESSICA FERNANDES, registro 26246. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000801

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07728

CONTA: 000000016541-1

Autenticação:

21E64CB7581FC415CC7B991356A2AB568B7FA3F0B58BFBF6B472E9DD06F9C94B

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Évaldo Licente Ferreira

RG nº 7.136.742, data de expedição 24/07/02, Órgão SDS IPE,

CPF nº 070.063.814-70, 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>Vila Bela Vista</u>
Número	<u>892</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bela Vista</u>
Cidade	<u>Paudalho</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55825-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756 / 99138-2325</u>
E-mail	<u>marcelo.crescencio@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina, 18/07/2019

Assinatura do Declarante: Évaldo Licente Ferreira

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EVALDO VICENTE FERREIRA CPF: 070.061.814-70	DATA DE VENCIMENTO 19/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 57,30	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/07/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/07/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 070108002	CONTA CONTRATO 007010005609 Nº DO CLIENTE 2010215094 Nº DA INSTALAÇÃO 0002281637
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA VI BELA VISTA 892 PAUDALHO/BELA VISTA 55825-000 PAUDALHO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 260E.BCE3.FEAD.6384.DCA7.3513.8715.3D96			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	65,00	0,78063095	50,74
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,68
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,25
ICMS Subvenção-CDE-NF 062412243-17/05/19			0,23
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			0,50-
			</

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003150731304	CAT	17/06/2019	2.244,00	18/07/2019	2.309,00	31	1,00000	0,00	65,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 16/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PAUDALHO	0,12	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,12	3,20	0,08	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 19,39					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! confiança farma: rua padre emílio 254 centro / tudo para festas: rua sao severino guadalajaraLista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEL DE TENSÃO</th></tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL (V)</th><th colspan="2">LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)</th></tr> <tr> <th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td></tr> </table>	NÍVEL DE TENSÃO			TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		
NÍVEL DE TENSÃO															
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)														
	MÍNIMO	MÁXIMO													
220	202	231													
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA															

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007010005609	07/2019	57,30	19/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 573000110075 010005609108 141681794430

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Atendimento: 1402270

Senha da Classificação:

0323

Data e Hora: 02/01/2019 18:37

Paciente: 497772 EVALDO VICENTE FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/02/1985 Idade: 33 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JANEIDE CAVALCANTE FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Bairro: CENTRO

Endereço: GUADALAJARA

232

Cidade/UF: PAUDALHO

PE

Cep: 55825000

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18:37

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório (☒) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1402270

IMOBILIZAÇÃO

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora registrada da senha: 02/01/2019 18:35

Nome Paciente: EVALDO VICENTE FERREIRA
Cód. Paciente: 497772
Data de Nascimento: 13/02/1985
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0323
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 02/01/2019 18:36 - 02/01/2019 18:36

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO C B RELATO TRAUMA MSE+ LESAO CORTO CONTUSO

Observação: ALERG - DM - HA S-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/01/2019 18:36

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Cod. 0163



Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente:		
Nº do Registro:	Clínica:	Leito:

Laudo médico

Declino para os devidos fins,
que o senhor ELADIO VICENTE
FERNES DE 34 anos, apresenta
pseudo artrose em partes is-
estruídas.

Além disso, apresenta síndrome
pósterior completa regional.

CID: R52.2
m 54

Dr. Lopes
pedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616

08/05/19

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

PS: Essa patologia pode cair
em qualquer função de trabalho.

RELATÓRIO DE ALTA E ORIENTAÇÕES PARA O DOMICÍLIO

PACIENTE: EVALDO VICENTE FERREIRA	ADM: 23.04.19
REGISTRO: 1004266-6	ALERGIAS: NEGA
DATA ALTA: 26.04.19	DATA DE NASCIMENTO: 21/10/1991

RESUMO DA ALTA

PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CAMINHÃO) DIA 02/01/19, COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO, ONDE APRESENTOU UMA FRATURA TRATADA COM GESSO, E APÓS RETIRADA DE GESSO, RELATA INCAPACIDADE DE FLEXO-EXTENSÃO DE PUNHO ESQUERDO, COM DOR A MOBILIZAÇÃO. INTERNA ELETIVAMENTE PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

HD: PSEUDOARTROSE DE PUNHO ESQUERDO

CIRURGIA: ARTRODESE DE PUNHO ESQUERDO.

EQUIPE: DRA GISELLY VERISSIMO, DR JOSE ERNANDO, DR LEONARDO SAMPAIO.

ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA

1. RETORNAR NO DIA 08/05/19, AS 07H, AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA, PARA REVISÃO CIRÚRGICA COM DRA GISELLY VERISSIMO, **(SEMPRE TRAZER TODOS OS EXAMES)**;
2. NÃO RETIRAR CURATIVO ATÉ RETORNO;
3. MOBILIZAR OS DEDOS LIVREMENTE;
4. ANALGESIA SE NECESSARIO, CONFORME PRESCRIÇÃO;
5. EM CASO DE DÚVIDAS, LIGAR PARA 2126-3673.

RECIFE, 26/04/2019

MÉDICO

Cláudio F. Triota
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 17462

08/05/19

12º DPO

34 anos

Paciente com queixa de dor no punho
extremidade da mão (E).

Revisão

Unificação do arco de movimento da
mão.

Plano

07/05

Dr. Heitor

Ortopedia-Trauma

CRM-PE: 26514

Ortografia por 6/19

Ortografia: 19/06/19 às 02h

19/06/19

Paciente retorna com queixa de
hipermobilidade dos dedos da mão (E).

P.O.: Lupa

Ex: evidenciando consolidação de punho
Cód.: FISIOTERAPIA MÓVEL

- ortografia

- retorno 10/07/19

Dr. Heitor Lope

Ortopedia-Traumatologia

CRM-PE: 26514

10/07/19 10 h 15 min total

Paciente ainda não melhora
função.

(M) Aguardo função

Retorno em 16/10/19

Dr. Tito Correia Filho

Ortopedia-Traumatologia

CRM-PE: 42714



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
AMBULATORIO DE ORTOPEDIA
RECEITUARIO MÉDICO

NOME:	Eneldo Viciu Feres	
Registro:	1004266-6	DATA:

lando
Pocent co lentina
de queto d metro no 21/01/19
enclando co p d pilos tnd
nen denu.

5 823

10/07/19

Dr. Tito Cordeiro Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22750

Cód.3016.026

Av. Prof. Moraes Rego S/N Cid. Universitária 50-740-900. Recife- Fone: (081) 2126.363



Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente:		
Nº do Registro:	Clínica:	Leito:

Laudo médico

Declaro para os devidos fins,
que o senhor ELADIO VICENTE
FERREIRA DE 34 anos, apresentando
dano artrose em ambas as
ombros.

Além disso, apresento síndrome
polares complexa bilateral.

CID: R52.2

M 54

Dr. Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616

08/05/19

Cód. 3016.0266

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE Fone: (081) 21216.3633

RS. Este paciente pode ser
tratado fisicamente, massageando.

À

Seguradora Lider dos Consórcios Seguro DPVAT

Setor: Administrativo

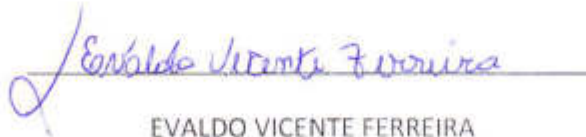
Vítima: EVALDO VICENTE FERREIRA

Sinistro: 3190/449445

Venho por meio desta comunicar a esta seguradora que sofri o acidente o dia 02/01/2019 e fui socorrido para Upa de Olinda onde lá me encaminharam para o Hospital da Restauração para fazer um exame da face que não constatou nada e me deram alta para voltar para a Upa de Olinda, não fiz a cirurgia de imediato por conta do médico que não verificou que a fratura do punho e do tornozelo era caso cirúrgico, fez o procedimento conservador com o gesso e me deu alta médica, ele informou que era para passar um mês com o gesso e retirasse o mesmo em casa, quando tirei percebi que ainda esta muito inchado o punho e o tornozelo, foi aí que procurei atendimento em outros Hospitais e não tinha médicos para meu caso, decidi ir para a Upa de Paudalho onde tive o atendimento e fui transferido para o hospital de Limoeiro onde constataram a fratura e fui direto para o hospital das Clínicas onde fiz a cirurgia. Peço então que libere minha perícia para comprovar a minha seqüela e assim concluir com meu processo, caso queiram podem fazer uma auditoria para confirmar o que falo, Se não tiver nenhuma resposta positiva estarei entrando com pedido judicial.

Agradeço desde já pela sua compreensão.

Atenciosamente,



EVALDO VICENTE FERREIRA

CPF. 070.0061.814-70

FONE PARA CONTATO: (81) 99138-2325/ (81)97915-3756



Paciente: Evaldo Vicente Ferreira

Prontuário: 10042666

Data de Nascimento: 13/02/85

Convênio: SUS/

Data do Exame: 04/06/2019

Registro: 1001911

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO

HISTÓRIA: Fratura de tornozelo direito

MÉDICO SOLICITANTE: Dr Wilson Tiburcio de Moraes

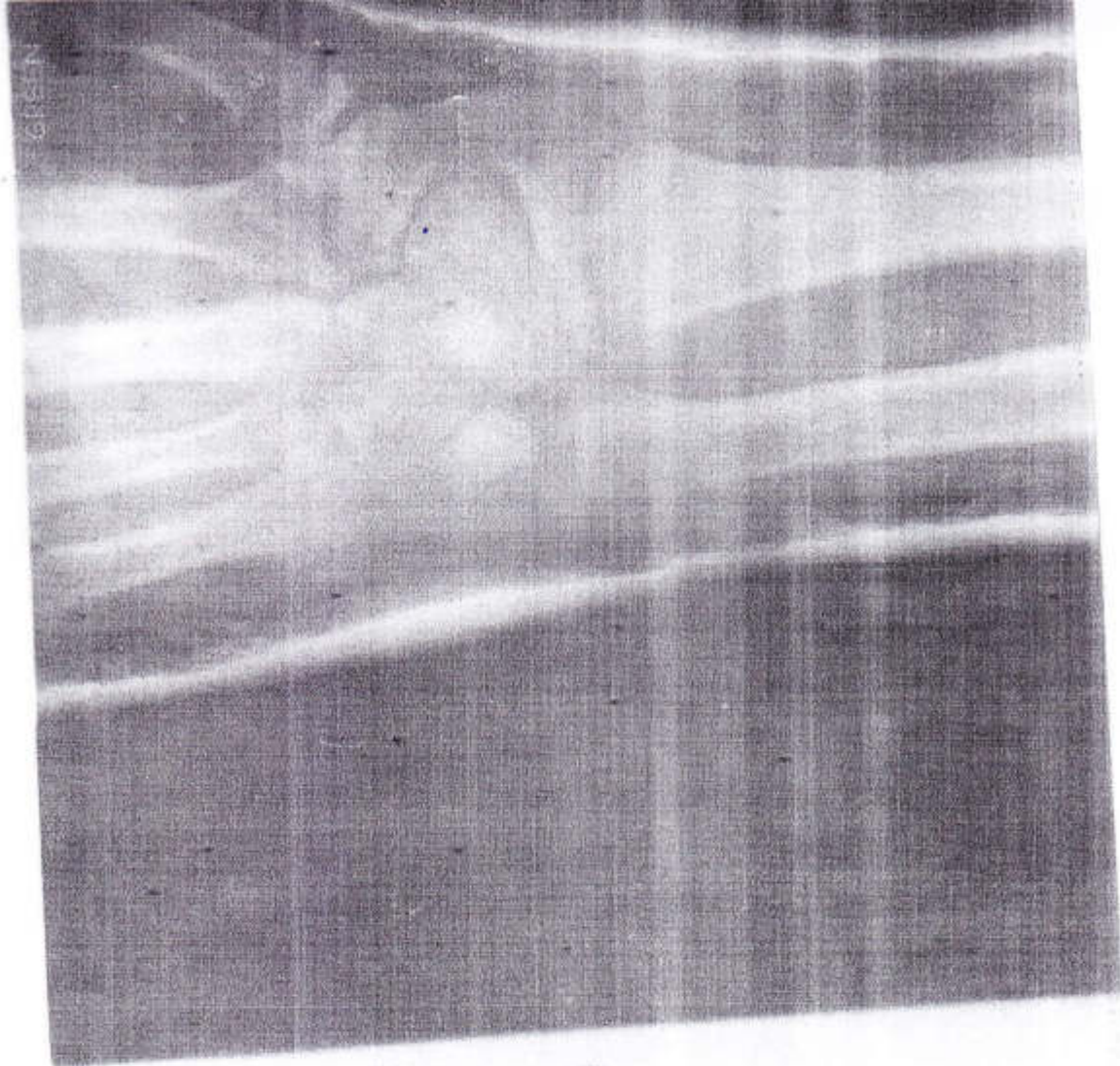
TÉCNICA: Foram realizados cortes utilizando a técnica multislice, na região de interesse, sem contraste.

ACHADOS:

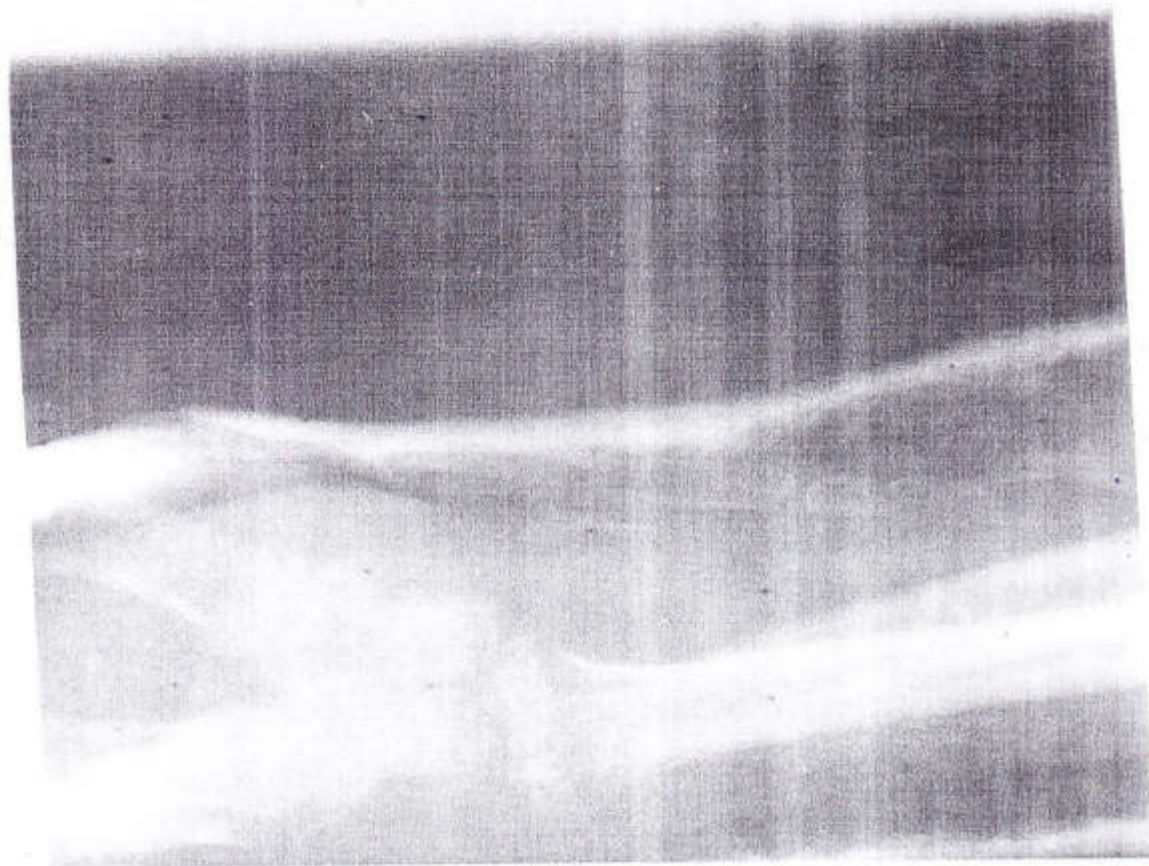
1. Traço de fratura incompleta na superfície articular do pilão tibial, sem fragmentos destacados ou desalinhamento ósseo, medindo cerca de 2,0 cm. A critério clínico, complementar avaliação por RM para caracterização de edema da medular ósseo associado.
2. Pequeno derrame articular tibiotalar.
3. Acentuação difusa do trabeculado ósseo.
4. Edema do subcutâneo maleolar bilateral.
5. Demais superfícies e espaços articulares íntegros.
6. Musculatura simétrica, com valores de atenuação usuais.


MR3 Afrânio Magalhães – CRM 24570

Dra Renata Cardoso – CRM 16862



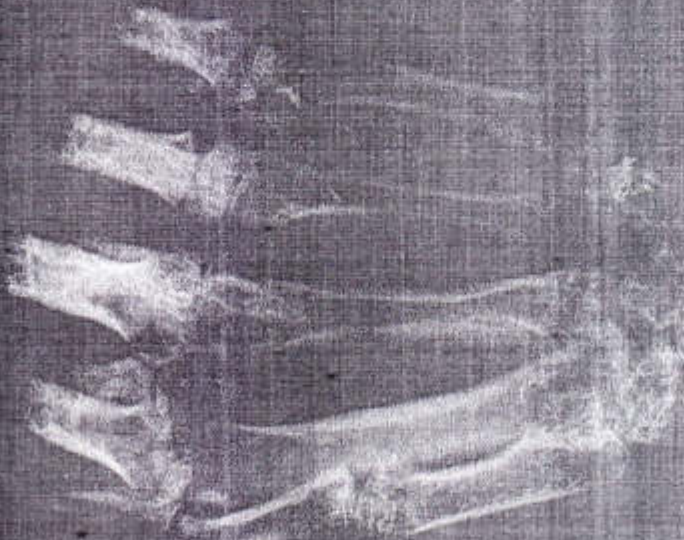
01/04/13
Kerry W
01/04/13



МЕРИДОН
VCLV

1987

ИЗДАНИЕ: 1987





ACFA
MARITIME

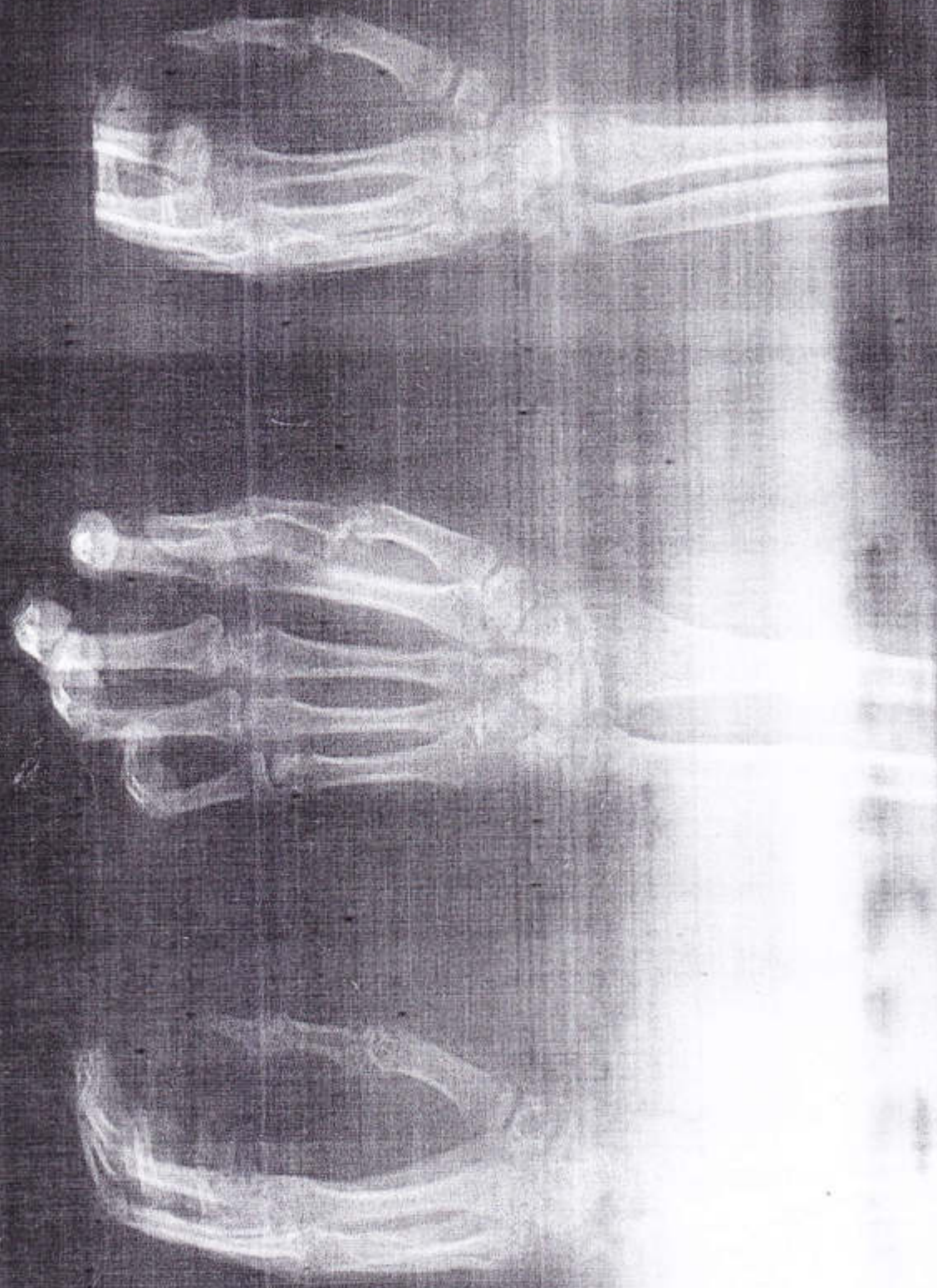


CIA/ME
Nome: EVARDO NICENTE FERREIRA

Data: 14/04/2014 08:15:50

ID: 88581

Instac: 1310511882





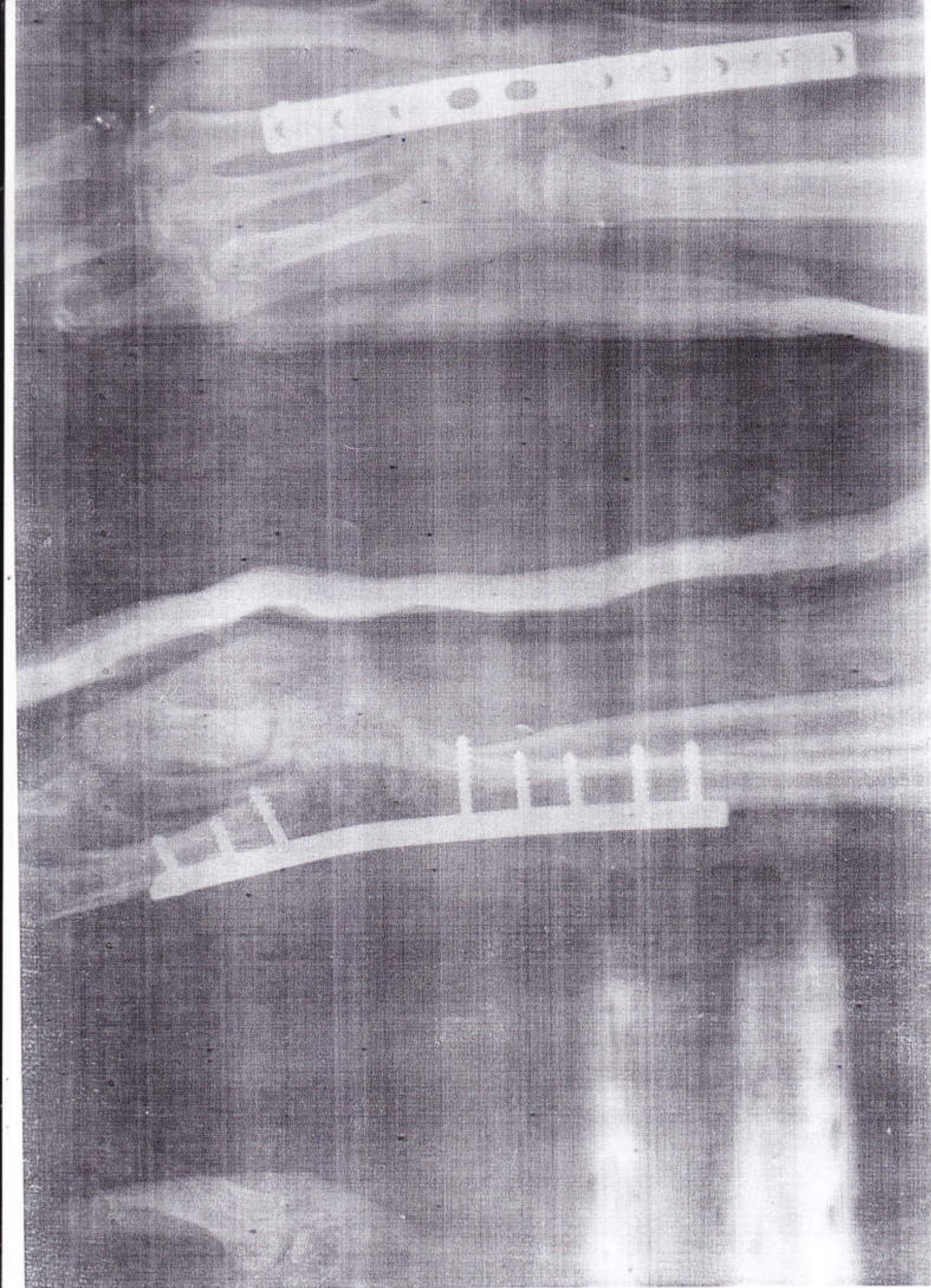
Nome: EVALDO VICENTE FERREIRA

ID: 10042666

Nasc: 13/2/1985 Masculino

Data: 23/4/2019 11:44:10









Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **070.061.814-70**

Nome: **IVALDO VICENTE FERREIRA**

Data de Nascimento: **13/02/1985**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/09/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:14:26** do dia **19/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **DCC5.7CCD.77DB.37FA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)