



10/08/2020

Número: **0024474-03.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66075382	10/08/2020 15:00	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES 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

Carta nº 15608693

Pag. 01149/01150 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA DE CIRURGIA, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00733/00734 - carta_32 - INVALIDEZ

00040367



Carta nº 15646983





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois a entregue está incorreta. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00767/00768 - carta_03 - INVALIDEZ

00040384



Carta nº 15659230





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

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000048923-8**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 46.121.324-08 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo de Magalhães 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: Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira 6 - CPF: 46.121.324-08
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: SE Tipim 9 - Número: 3093 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 85-92583087

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 48923 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cha Grande 20/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000910**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2019** às **10:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1 - Bairro: VILA SANTA LUZIA - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A CASA DE RAÇÃO DE NILO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DE FÁTIMA SANTOS (OUTRO)
CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA**

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSENETE MARIA DE MAGALHÃES** Pai: **MARINALDO TEOTONIO FERREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1999** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, SÍTIO TIPIM - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO SÍTIO ACONCHEGO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDO** Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DE FÁTIMA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DE FÁTIMA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**

14/11/2019 10:09



Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGF9415** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **530063638** Chassi: **9C2KC1670DR020804**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA INDO TRABALHAR NA SUPRACITADA MOTOCICLETA; QUE ESTAVA TRANSITANDO NA RODOVIA PE-71 QUANDO NAS PROXIMIDADES DA CASA DE RAÇÃO, NA VILA SANTA LUZIA, UM CARRO DE MARCA E MODELO DESCONHECIDOS RELIZOU UMA MANOBRA BRUSCA, ENTRANDO NA RODOVIA, MOMENTO NO QUAL COLIDIU COM O VEICULO; QUE DEVIDO A COLISÃO PASSOU POR CIMA DO CARRO E CAIU NA RODOVIA; QUE FOI SOCORRIDO NO VEICULO DE UMA PESSOA QUE ESTAVA PASSANDO NO LOCAL PARA O HOSPITAL DE CHÁ GRANDE; QUE POSTERIORMENTE FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO, EM VITORIA, E DE LA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, EM RECIFE; QUE POR CAUSA DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIRETO; SEM MAIS, ESSE FOI O FATO.

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENÇO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**

DELEGACIA DE POLICIA CIVIL

EM CIRCUNSTÂNCIAS





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: 46.121.324-08 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo de Magalhães 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: Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira 6 - CPF: 46.121.324-08
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: SE Tipim 9 - Número: 3093 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 85-92583087

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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 48923 8 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Cha Grande 20/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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:	13/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000048923-8

Nr. da Autenticação 7EEDF7FC2FEE9944





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50090-902
CNPJ 16.635.332/0001-08 | Insc. Est. 0035043-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSENETE MARIA MAGALHÃES
PRÓX. AO MUNICÍPIO DE CHA-GRANDE
CPF: 046.038.444-60 NIS: 1621212486

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
SITIPIM 1093

RURAL SANTA LUZIA
CHA GRANDE PE
55636-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
055222130	UNICA	18/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/11/2019	2002676199	957432

CONTA CONSUMIDOR	MÊS/ANO
2850881017	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO
25/11/2019	19/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	28,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,15327581	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	46,0000000	0,33132185	15,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,25
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,92
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,08
Multa por atraso NF 079040854 - 19/09/19			0,90
Juros por atraso NF 079040854 - 19/09/19			0,74
Atualização ICMS NF 079040854 - 19/09/19			0,43
Compensação DIC Trimestral 0578			-0,27

TOTAL DA FATURA

28,07

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
9999187	CAT	11-10-2018	14 520,38	18-11-2019	14 688,00	31	1,38800		76,00

HISTÓRICO DE COTAÇÃO

MÊS/ANO	VALOR (R\$)
NOV-18	75
OUT-18	110
SET-18	127
AUG-18	83
JUL-18	81
JUN-18	38
MAY-18	30
ABR-18	30
MAR-18	36
FEV-18	30
JAN-18	43
DEZ-18	59
NOV-18	100

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	22,35	0,90
PIS	22,35	0,94
COFINS	4,25	0,34

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO DE ENERGIA	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Energia de Energia	R\$ 1,04	4,26%
Tratamento	R\$ 1,28	4,55%
Distribuição (Cabo)	R\$ 5,84	20,81%
Perdas de Energia	R\$ 2,05	7,29%
Energia de Serviço	R\$ 0,34	1,21%
Taxa de	R\$ 1,14	4,06%
Total	R\$ 22,28	79,01%

TARIFAS APLICADAS

TARIFA	VALOR (R\$)
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,2432000

INFORMAÇÃO FISCAL

957432 FIC 079040854 FIC 079040854

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter informações sobre as tarifas e condições de uso, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a faturação. O cliente deve manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a faturação. O cliente deve manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a faturação.

ATENÇÃO CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTADOR EM ATRASO

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR
24/11/18	18/11/18	20,42	24/11/18	18/11/18	20,42

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

TIPO DE INTERFERÊNCIA	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
DIC	0,28	10,87	21,74
FIC	0,00	7,87	15,74
ENC	0,28	0,00	0,00

TIPO DE TENSÃO

TENSÃO	VALOR (R\$)	VALOR (R\$)
220	20,2	20,2

CONTA CONSUMIDOR 2850881017 MÊS/ANO 11/2019 DATA DE VENCIMENTO 25/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 28,07

28,07





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

WEDISON ANTÔNIO DA SILVA

CPF: 072 644 984-92

BY RESIDENTIAL
RESIDENTIAL
Manufactured

RUA JOAO BATISTA DE VASCONCELOS 17

MANUEL SIMÕES BARBOSA CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55836-000

Nº DA NOTA FISCAL	ZENEC	EMISSÃO
087319480	CMCA	*09/12/2019
PROPOSTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/12/2019	200294838	4184281

CÓDIGO CONTRATO	NÚMERO
4012433876	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE EMISSÃO DO TÍTULO
16/12/2019	07/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	116,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abastecimento	126.000,0000	0,75727614	96,89
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,27
Contribuição Pública Municipal			12,21
Multa por atraso-NF 083570864 - 07/11/19		1,27	0,13
Juros por atraso-NF 083570864 - 07/11/19			0,23
Atualização ICMS-NF 083570864 - 07/11/19			0,11

TOTAL DA FÁTLRA

116.68

DENOMINATIVO DE CONSUMO DE ESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
83191600	CAT	02-01-2019	8.791,00	08-12-2019	8.868,00	32	1.000,00	-	128,00

한글서체(한글) 10pt

Protein	Relative protein (%)
GEF19	100
GEF18	95
GEF17	90
GEF16	85
GEF15	80
GEF14	75
GEF13	70
GEF12	65
GEF11	60
GEF10	55
GEF9	50
GEF8	45
GEF7	40
GEF6	35
GEF5	30
GEF4	25
GEF3	20
GEF2	15
GEF1	10

WWW.FISHBASE.ORG FOR THE FISH

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPU- TO
ICMS	R\$ 100,00	10,00	
PIS *	R\$ 100,00	0,44	
COFINS	R\$ 100,00	3,22	

	2008	2009
Geração de Energia	R\$ 34,73	22,70%
Transmissão	R\$ 3,08	3,72%
Distribuição (Cabo)	R\$ 23,17	22,52%
Fornos de Energia	R\$ 1,22	7,13%
Encargos Setoriais	R\$ 5,40	0,31%
Fretes	R\$ 18,23	27,45%
Total	R\$ 152,68	100%

TAKIPAS APSTYGOB

RECEIVED 10/20/2009

BF7E99C1 5A84 CBA6 D487 5E89 F451 1DC3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

NOTAS IMPORTANTES
 Para ler o conteúdo desta seção, consulte o conteúdo da seção "Notas importantes" no capítulo 1 da obra "Guia de instalação e configuração do sistema de segurança".

As curvas são geradas a partir de uma função $f(x)$ definida em $[a, b]$. A área sob a curva é dada por:

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

PERIODO	VALOR RECORRIDO en 2019	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
DIC	2,81	8,88	11,10	32,21
ENE	1,00	3,26	8,72	11,45
FEB	2,81	8,88	0,00	0,00

Lower Deck: 7.1.22

* Os encargos de Liza e do Sistema de Distribuição = R\$ 30,18

DAVID S. LENTZ

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4012433870	12/2019	16/12/2019	

116.68



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL 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 Nelson Rodrigues de Lima Filho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 035.910.454 / 11, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.121.324 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima Carlos Eduardo de M. Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.121.324 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número: <u>37</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Manoel Simões</u>	Cidade: <u>Ela Grande</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55636-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.9068-4844</u>

Local e Data: Ela Grande 10/12/19

Nelson Rodrigues de Lima Filho

Assinatura do Declarante





Hospital de
Especialidades

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Nº registro: 788367

Dt. Nasc.: 29/03/99 - 20 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: JOSINETE MARIA MAGALHAES

Fone: 81992224797

Endereço: SÍTIO TIPIM, nº, ZN RURAL. CHA GRANDE - PE

Data/hora: 14/10/2019 - 11:03

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: TRAMAL

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT TRAZIDO PELO SAMU DE CHÃ GRANDE, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR TORÁCICA + DOR EM PUNHO D + ESCORIAÇÕES EM MSD + MID, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

REFERE TRAUMA ISOLADO EM PUNHO DIREITO

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 118 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: 98 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL COM ESTILOIDE DE ULNA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ANALGESIA E TRANSFERÊNCIA



CRM: 25516
Dr. JOSE VINÍCIUS GOMES DOS SANTOS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Unidade de Pronto Atendimento
Fica onde a vida importa

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA **Nº registro:** 788367
Dt. Nasc.: 29/03/99 - 20 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: JOSINETE MARIA MAGAHAES **Fone:** 81992224797
Endereço: SÍTIO TIPIM, nº, ZN RURAL. CHA GRANDE - PE
Data/hora: 14/10/2019 - 10:55 **Nº pág.:** 1/1
Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

ALERGIA: TRAMAL

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT TRAZIDO PELO SAMU DE CHÃ GRANDE, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR TORACICA + DOR EM PUNHO D + ESCORIAÇÕES EM MSD + MID, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 118 mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: 98 %

Observação:
NEGA VÔMITO.
NEGA SINCOPE.
PCT PARA AVALIAÇÃO DO CLÍNICO.
FC: 63BPM.

Classificação de Risco: URGÊNCIA - AMARELO
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

COREN: 569985
Dra. MARLEIDE OLIVEIRA DE ANDRADE

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA Idade: 20 Anos 6 Meses 15 Dias Nasc: 29/03/1999
Sexo: MASCULINO CNS: 708107577923930 Contatos: 81.92224797 | Celular: 81.
Mê: JOSINETE MARIA MAGALHES
Endereço: RUA JOAO PESSOA, N.º 0 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 14/10/2019 20:56
Prontuário: 1097687
N.º Atendimento: 3389990
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: ROBERTO SANTOS WANDERLEY

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 15h. COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO. APRESENTA DOR LOCAL + EDEMA + DEFORMIDADE

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 15h. COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO. APRESENTA DOR LOCAL + EDEMA + DEFORMIDADE

Exame Físico

DOR A PALPAÇÃO DO PUNHO DIREITO, EDEMA (+/+4), DEFORMIDADE LOCAL. SEM FERIMENTOS LOCAL.

Observações

RAIO X DEMONSTRA FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.
HD: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Conduta

TALA AXILAR PALMAR - INTERNAMENTO VISANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO - TOMOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

ROBERTO SANTOS WANDERLEY - CRM: Nº.11431

Data/Hora: 14/10/2019 - 22:03

Dr. Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
TEOT 7606

15/10/19 = ORTOPEDIA

15.01 Fract. pulso D
Agendado para 15/10/19
Soluções TAC

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15888 TEOT 1137

REVISADO
10/11/19
29/11/19

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.041/1.004-70
Rua Aprígio Guimarães, 878 - Tejipá - Recife/PE CEP: 50.920-540 Fone: (81) 3182.8500





Hospital de Jovens
de Pernambuco

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Nº registro: 788367

Dt. Nasc.: 29/03/99 - 20 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: JOSINETE MARIA MAGALHAES

Fone: 81992224797

Endereço: SÍTIO TIPIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE

Data/hora: 14/10/2019 - 11:24

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 100 Temperatura: HGT:
Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO
ESTAVEL, ECG 15.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

CONDUTA

IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA E TRANSFERENCIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RADIOGRAFIA

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5793033

CRM: 25516

Dr. JOSE VINICIUS GOMES DOS SANTOS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833



Atendimento: 3390022

Dt Atendimento: 14/10/2019 - 00:54

Dt Alta: 03/11/2019 - 10:18

Paciente: 1097687 CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 117 TRAU 02-02 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: MANUELLASF

Diretor Clínico:

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1 / 1
Emitido por: ROSEMERENC
Em: 09/12/2019 10:11

Atendimento: 3390022

Dt Atendimento: 14/10/2019 - 00:54

Dt Alta: 03/11/2019 - 10:18

Paciente: 1097687 CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 117 TRAU 02-02 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: MANUELIASF

Diretor Clínico:

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta





Nome: CARLOS EDUARDO MAGALHAES FERREIRA (1635784)

Admissão: 327437

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 15/10/2019

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOF COM FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

... hipótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

Prescrição/Conduta: DEVOLVO PACIENTE POIS ENCONTRA-SE COM O PUNHO LUXADO NECESSITANDO DE CIRURGIA DE URGENCIA

Horario/Checkagem

01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 15/10/2019 as 18:11

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM:





Nome: CARLOS EDUARDO MAGALHAES FERREIRA (1625784)
Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)
Enfermaria: Leito:
Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Admissão: 327437

Data: 15/10/2019

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOF COM FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

... hipótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

Prescrição/Conduta: DEVOLVO PACIENTE POIS ENCONTRA-SE COM O PUNHO LUXADO NECESSITANDO DE CIRURGIA DE URGENCIA

	Horário/Checkagem
01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 15/10/2019 as 18:11

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA
CRM:



CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 11 de Dezembro de 2019.

Declaro para os devidos fins de comprovação que Carlos
Eduardo De M. Ferreira, 20 anos de idade, foi atendido(a)
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 11
de Outubro de 2019, às 09 h 50 min (número do registro da
ocorrência: 5699923).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Ocorrência de colisão de moto, vítima apren-
sentou escoriações em M.D. e M.S.D. e possí-
vel fratura de punho.

Encaminhado para o Hospital: Hospital João Murilo De Oliveira

Avaliado pelo(a) médico(a): José Vinícius Gomes dos Santos
CRM - PE 25516

Removido para o hospital de referência: _____

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação clínica e
neurologic.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Sousa M.

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE



Isabella Mayara Sousa

Isabella Mayara Sousa
CPF: 072.777-ENF









Meu nome é CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Sinistro: 3100/112827 CPF: 146.121.324-08

ESTOU ENVIANDO AS FOTOS DOS MEUS RAO X POIS NÃO TENHO MAIS DOCUMENTACAO MEDICA PRA MANDA , ESPERO QUE A SEGURADORA ANALISE O MEU PROCESSO POIS TIVE FRATURA E DESEJO RECEBER A MINHA IDENIZACAO DO SEGURO DPVAT.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 10.439.628 DATA DE EMISSÃO 17/08/2016

NOTA << CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA >>

FILIAÇÃO << MARINALDO TEOTÔNIO FERREIRA >>
<< JOSENETE MARIA DE MAGALHÃES >>

NACIONALIDADE GRAVATÁ - PE DATA DE NASCIMENTO 29/03/1999

CPF << 074302 01 55 2000 1 00021 200 >>
0025559 41 CHA GRANDE - PE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL 09R26

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BOMFIM

COLAGEM DE FOTOGRAFIA

Carlos Eduardo de M. Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
5733.51C7.2B57.DC15



Emitido pela Secretaria da Receita Federal
às 11:56:28 do dia 21/06/2017 (hora e minuto)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE DEFERIMENTO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
146.121.324-08

Nome
CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA

Nascimento
29/03/1999





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014084456914
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 530063638 RENTR: 2019 EXERCÍCIO: 2019

NOME: MARIA DE FÁTIMA SANTOS

CH: GRANDE-PE

CPF/CNPJ: 038.888.924-96

PLACA: PGF9415

PLACA ANTIGA: *****

CHASSI: 9C2RC1670DR020804

ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB: 2013

ANO MOD: 2013

DIR/DIR/CL: 28/148CL

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: IPVA 2013 QUITADO

VENIC COTA UNICA: 1*****

PASSA LPVA: 1

PARCELAMENTO/COTAS: 2*****

VENIC COTAS: 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11

ICP (R\$): 0.92

PRÊMIO TOTAL (R\$): 81.03

DATA DE PAGAMENTO: 28/01/19

SEM RESERVA

CH: GRANDE-PE

DATA: 01/02/18

Marcelo Bruto da Costa Correia

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE 157 CM3 ATÉ 1000 CM3, EXCETO A 2 PESSOA
TRANSFÉRIDA DO TITULAR DO VEICULO DPVAT

PE Nº 014084456914 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA DE FÁTIMA SANTOS

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

CH: GRANDE-PE

EXERCÍCIO: 2019

DATA EMISSÃO: 01/02/19

VEICULO

CPF/CNPJ: 038.888.924-96

PLACA: PGF9415

RENAVAM: 530063638

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB: 2013

CALCUL: 09

CHASSI: 9C2RC1670DR020804

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRM (R\$): 80.05

DETRAN (R\$): 4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$): 84.06

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15

ICP (R\$): 0.92

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): 89.13

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO: 28/01/19

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE DOUTE CANTAROTÓRIO

FEV-2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHA DE CIRURGIA, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR FOLHA DE CIRURGIA E/OU RESUMO DE ALTA HOSPITALAR PARA DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO.

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: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**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



PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA

portador(a) do documento de identidade n°: 10439628, expedido por JD5/PE, em

17/08/16, inscrito no CPF sob o n°: 146.121.324-08,

residente: SÍTIO TIPIM, n°: 1093, complemento: CASA,

Bairro: RURAL/Santa Luzia, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

portador(a) do documento de identidade n°: 5.206.836, expedido por SD5/PE, em

28/07/15, inscrito no CPF sob o n°: 035.910.454-11,

residente: RUA JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, n°: 17, complemento: CASA,

Bairro: MANUEL E BARBOSA, cidade: CHÃ GRANDE, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA Acidente ocorrido no dia 19/10/19, do sinistro de DPVAT da natureza imprudência.

CHÃ GRANDE, 13 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE: Carlos Eduardo Magalhães Ferreira

(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA que confere a o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.

Silvia Batista
Cristina Batista do Nascimento e Silva (Ecrevente autorizada)

Chã Grande, 13 de dezembro de 2019. Em test. 20

da verdade.
Válido somente com o selo 0074302.WGA11201901.01303
Emissão: R\$ 3,59 TSNR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,14 Total R\$ 4,93



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Número do Sinistro: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Número do Sinistro: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO : 035.910.454-11

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA : 146.121.324-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2020
Nome: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO
CPF: 035.910.454-11

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

JONATAN BARBOSA DE BARROS

