



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
66075 382	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, contados 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. 0149/01150 - carta_01 - INVALIDEZ



00020575



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 1



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.

Pag. 00730/00734 - carta_32 - INVALIDEZ



00040367

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

Carta nº 15646983



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 2



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 médica-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 entrega 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 3



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 Se

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 12.500,00 =

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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: *646.321.324-08*
 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: *18072583087*

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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
Indicação
digível da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

12 MAR 2021

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data, _____

Cha Grande 20/11/2021

Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067^a CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67^aCIRC
DINTER1/12^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0157000910**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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: **JOSENENE MARIA DE MAGALHÃES** Pai: **MARINALDO TEOTONIO FERREIRA** Data de Nascimento: **29/3/1999** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 1, SITIO TIPIM - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO SITIO 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)

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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**

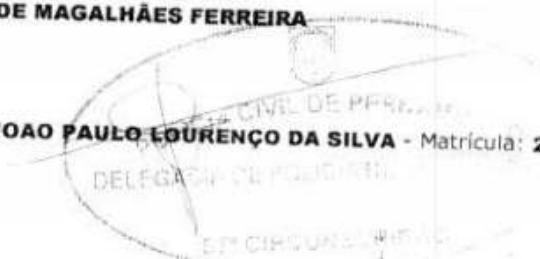
Complemento / Observação

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 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 MURILLO, EM VITORIA, E DE LÁ FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTÁVIO 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**





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: 4 - Nome completo da vítima:

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: *646.321.324-08*
 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: *18072583087*

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu nascituro (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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

Indicação
digito da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

38 - 1º | Nome:

CPF: *12 MAR 2021*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: *PROTÓCOLO*

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data, *Cha Grande 20/11/2021*

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 9



Tarifa Social de Energía Eléctrica Circular Ley 10.438 de 2007

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111 - Boa Vista - Recife - PE. CEP 50000-902
CNPJ 10.820.232/0001-00 | Fone: (81) 3031-8111 | www.cepe.com.br

www.silvaplana.ch

JOSENÉTE MARIA MAGALHÃES
PROX. AO MUNICÍPIO DE CHA-GRANDE
CPF: 046.098-444-60 NIS: 16312312488

[View all posts by admin](#)

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NOS

INSCRIÇÃO FISCAL	DATA	VALOR
006221130	UNICA	18/11/2018
SUPERVENÇÃO	MODIFICAÇÃO	MOTA INSCRIÇÃO
18/11/2018	0002675198	957432

CONTA CONTRIBUTO	ANÉIS ANOS
2850881017	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PAGAMENTO
25/11/2019	19/12/2019
TOTAL PAGAR IHS	28,07

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

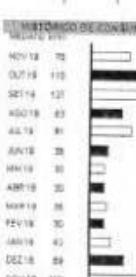
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.000000	0,153278881	5,75
Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh	48.000000	0,38132185	18,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,91
Controle Item Pública Municipal			4,00
Multa por atraso-NF-078040854 - 18/09/18			0,90
Multa por atraso-NF-078040854 - 18/09/18			0,74
Multa regular IOPM-NF-078040854 - 18/09/18			0,42
Compensação DIC Trimestral 05/18			-0,21

TOTAL PAGE 9

240

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA VINCULANTE

INDO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA LEITURA	DATA LEITURA				
WATT-101	C3	11-10-2018 14.8300	16-10-2018 19.8800	15	1.000000		9500



INSCRIÇÕES DE TRIBUNOS			Comissões de comissões		
RANK #	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	%	10,7% 42,2%
ICMS			Transmissão	%	1,0%
PIS	22,30	0,00	Distribuição (Carga)	%	8,54% 38,8%
COFINS	22,25	4,25	Parcerias de Energia	%	2,0%
		0,94	Energias Sustentáveis	%	0,03% 0,01%
			Tributos	%	1,04% 5,11%
			Total	%	22,25 100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Até 1000 kWh: R\$ 0,19120000000000002
Consumo Acima de 1000 kWh: R\$ 0,21420000000000002

INFORMAÇÕES REFERENTES
às condições de uso e ao desempenho da tecnologia de fornecimento de energia elétrica
informadas no Contrato de Fornecimento de Energia Elétrica (CFF) entre o consumidor e a concessionária, bem como
às informações constantes no site www.eletrobras.com.br, no qual o cliente pode obter
informações sobre a estrutura e operação da Eletrobras, suas filiais, suas empresas afiliadas e suas
subsidiárias, bem como sobre a estrutura e operação das concessionárias de fornecimento de energia
elétrica.

ATENÇÃO! O CELER INFORMA QUE NÓS NÃO POSSUÍMOS NENHUMA RELAÇÃO

ATENÇÃO! A LEI PENETRA EM TUDO QUE VOCÊ POSSUI CONTAR EM ABERTO

PLATE SUA PESSOA FÍSICA E CADA URGENTE

Vendido	Disponível	Vaga	Vendido	Disponível	Vaga
26/07/04	16/07/04	27/02			

Este comunicado é de suma importância devido ao interesse da FAB em obter dados em massa. Cada cidadão é um dos fundamentos para o sucesso da operação. Por favor, não hesite em fornecer os dados necessários, assim podemos contribuir para o sucesso da operação. Aguardamos seu apoio. Fique com Deus.

Ag. Dara de Oliveira, 16/07/04. Informações registradas no sistema de resgate que se encontra em uso.

Todos os usuários devem ter acesso ao sistema de tributos e tributários para efetuar suas transações fiscais. Cada usuário deve ter um número de identificação para cada tipo de documento fiscal emitido, podendo ser devidamente emitido mediante conformidade com o sistema de tributação fiscal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONDUITAS	TENSÃO MÉDIA	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TERRESTRAL	LIMITE AERIAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
DIC	1,28	1,037	+ 21,74	63,49	220	-10% / +10%	
FIC	1,00	7,60	- 15,34	30,00	220	-10% / +10%	
DMEC	1,28	0,88	- 0,08	0,90	151	-10% / +10%	
Límite DIC: R\$ 10,80	0,00	Límite de Emergência da Custo do Sistema de Distribuição = R\$ 10,38					

CONSO CONTRATO **Nº** **DATA** **TOTAL A PAGAR (R\$)**





Tarifa Social da Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438 de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energetica de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50250-002
CNPJ 10.835.532/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

WEDISON ANTONIO DA SILVA

CPF: 072 644 984-92

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EXPIRAÇÃO
08731980	UNICA	09/12/2019
INSCRIÇÃO:	Nº DO SUCHEC:	Nº DE LITAGEM:
08731980	2005943838	4184261

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA DE VASCONCELOS 17

MANOEL SANTOS BARBOSA/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55626-000

CONTAS CONTRATADA	MESMO
4012433876	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTADORA DE LEITURA
18/12/2019	07/01/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

116,68

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acréscimo Bandeira APPARELA	128.0000000	0,7572974	96,93
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Centro Lum. Pública Municipal			5,27
Multa por atraso-NF 083570864-07/11/19			12,21
Juros por atraso-NF 083570864-07/11/19			1,27
Atualização ICMS-NF 083570864-07/11/19			0,23
			0,11

TOTAL DA FATURA

116,68

DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
08731980	CAT	08/11/2019	8.741,00	08/12/2019	8.868,00	37	1.000000		128,00

RETENÇÃO DE IR/CSLL

Mesmo mês	RAMÉS DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
DEZ19 - 128		100,00	0,00
IRV19 - 76	ICMS	100,00	0,00
OUT19 - 48	PIS +	102,00	0,44
SET19 - 48	COFINS	102,00	0,45
NOV19 - 48			
DEC19 - 32			
JAN19 - 32			
FEB19 - 32			
MAR19 - 41			
ABR19 - 44			
MAY19 - 40			
JUN19 - 35			

RETENÇÃO DE IR/CSLL

Mesmo mês	RAMÉS DE CALCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
DEZ19 - 128		100,00	0,00
IRV19 - 76	ICMS	100,00	0,00
OUT19 - 48	PIS +	102,00	0,44
SET19 - 48	COFINS	102,00	0,45
NOV19 - 48			
DEC19 - 32			
JAN19 - 32			
FEB19 - 32			
MAR19 - 41			
ABR19 - 44			
MAY19 - 40			
JUN19 - 35			

TARIFAS APLICADAS

0,7572974

Consumo Ativo (kWh)

0,24833200

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Padrão no período mais recente (número de dias entre a leitura anterior e a leitura mais recente) é de 36 dias. Prazo para pagamento é de 30 dias. Multa de atraso é de 1% ao dia. O consumo é considerado aferido em 100% (cem por cento) e sujeito ao reajuste no mês. Pago ao atraso para mais 2% (dois por cento). O valor total é de R\$ 128,00.

Na compreensão de termos utilizados no ato de contratação, é devida a indicação de que:
a) o consumidor é o destinatário da energia elétrica;
b) o fornecedor é a pessoa física ou jurídica que presta o serviço de fornecimento de energia elétrica;
c) a tarifa é o preço de fornecimento de energia elétrica;

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

HORA/MIN	VOLTAGE SUPORTADA	LIMITE MÍNIMO	LIMITE TERRITAL	LIMITE ANUAL
DSE	2,81	1,55	11,18	32,21
PSE	1,00	3,26	8,72	17,45
DESE	2,81	3,27	0,00	0,00

Límite Diário: 12,22 - EUDG - Valor do Encargo de Uso da Sist. de Distribuição = R\$ 38,18

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

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 Nº9.613/98.

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 146.121.326-08,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Carlos Eduardo de M. Ferreira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.121.326-08, 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 José Batista de Vasconcelos</u>	Número:	<u>37</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Manor Simas</u>	Cidade:	<u>Era Grande</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>55636-000</u>	
E-mail:							Tel.(DDD):	<u>(81) 9 9068-1816</u>

Local e Data: Era Grande 10/11/2019

Nelson Rodrigues de Lima Filho
Assinatura do Declarante





Hospital de
Emergência

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: SITIO TIPIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE

Nº pág.: 1/1

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

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: TRAMAL

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT TRAZIDO PELO SAMU DE CHA GRANDE, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR TORACICA + 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 RADIO DISTAL COM ESTILOIDE DE ULNA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ANALGESIA E TRANSFERENCIA



CRM: 25516
Dr. JOSE VINICIUS GOMES DOS SANTOS

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 13



UFPE
Universidade 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: SITIO 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 CLINICO.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 14



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
Mãe: JOSINETE MARTA MAGAHES
Endereço: RUA JOAO PESSOA , N.º 0 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: IHA DE ALEGRIA - UF: PE

Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.:	14/10/2019 20:56
Prontuário:	1097687
Nº. Atendimento:	3389990
Serviço:	CIRURGIA
Enfermaria/Leito:	
Médico:	ROBERTO SANTOS WANDERLEY

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 1SH. COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO. APRESENTA DOR LOCAL + EDEMA + DEFORMIDADE.

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 1SH. 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 AXIAL PALMAR : INTERNAMENTO VISANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO : TOMOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

ROBERTO SANTOS WANDERLEY - CRM: N.º 11431

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

Dr. Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
TEOT 7600

15/10/19 = operação
15/10 Fst. pelo Dr.
agendado para 16hs
Sexta, 18h
Sobrel. TAC

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15698 TEOT 11-37

REVISADO
CICLO
15/10/19
RGT/DR

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.848/004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Hospital de Emergência
e Traumatologia

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: SITIO TIPIIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE

Nº pág.: 1/1

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

Setor: Leito:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 100 Temperatura: HGT:

Altura: Peso:

ANAMESE 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 16

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 RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta



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 RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta





Nome: CARLOS EDUARDO MAGALHAES FERREIRA (1625784)

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 TRANESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

...ótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

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

Horário/Checagem

01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materials 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)

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 TRANESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

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:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 20



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 14 de Outubro de 2019, às 09 h 50 min (número do registro da ocorrência: 5694423).

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

Ocorreu encarceramento de membro, vítima apresentou encarceramento em MID e MSD e possivel fratura de punho.

Encaminhado para o Hospital: Hospital João Murilo De Oliveira

Avaliado pelo(a) médico(a): José Clínicus Gomes dos Santos

Removido para o hospital de referência: _____

Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação clínica, anamnese.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Souza M.

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa
CRM-PE 158.777 - ENF

Isabella Mayara Sousa
CRM-PE 158.777 - ENF



CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 24

Meu nome é CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Sinistro: 3100/112827 CPF: 146.121.324-08

ESTOU ENVIANDO AS FOTOS DOS MEUS RAIO 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 25



CÓDIGO DE CONTROLE
5733.51C7.2B57.DC15



Emitido pela Secretaria da Receita Federal
as 11:56:28 do dia 21/06/2017 (hora local)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
146.121.324-08

Nome
CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Nascimento
29/03/1999



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RNFIC	EXERCÍCIO
E	530062638	*****	2019
NOME			
MARIA DE FÁTIMA SANTOS			
CMA GRANDE-PE			
CPF/CNPJ	PLACA		
035.888.994-96	PGF9415		
PLACA ANT/VEL.	CHASSI		
*****	9C2KC1670DR020804		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS MOTOCICLETA	ALCO/GASOL		
MARCA/MODELO	ANO/FABR.	ANO/MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2013	2013	
OP/PO/OL	CATEGORIA	COR PESQUISANTE	
29/149CL	PARTIC	VERMELHA	
I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VERIF. COTAS	
P IPVA 2019 QUITADO	*****	*****	
V FAZ. IPVA	PARCELAGEM/COTAS	*****	
A 1	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	DEF. INI.	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
50,11	01/02	54,58	28/01/19
RESERVAS			
Assinado por:			
MARCELO BRUTO DA COSTA CORREIA			
Data:			
01/02/19			

DETRAN

FONTRAN

VALOR

SEGURO OBRIGATÓRIO (LAW) PARA PESSOAS CUSTADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES OFICINAIS, TERRITÓRIOS, ESTADUAIS E FEDERAIS, E AS RESPECTIVAS OUTRAS LEGISLAÇÕES

PE N° 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

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/02/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
530062638	PGF9415	
RENAVAM		MARCA / MODELO
		HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO/FABR.	DETUR.	CHASSI
2013	09	9C2KC1670DR020804

PRÉMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
96,05	4,01	50,06
+ CUSTO DO BILHETE (R\$)	+ DEF (R\$)	TOTAL A SER PAGO (SEGURO) (R\$)
4,15	0,32	54,38
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	28/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.606/0001-04

FEU-2019

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
NUNCA FAZER COPIAS DO BILHETE DPVAT.



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 %



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 nº: 10439 628, expedido por SOS/PE, em
17/08/16, inscrito no CPF sob o nº: 196.121.324-08,
residente: Sítio Tipim, nº: 1083, complemento: Casa,
Bairro: Rural/Santa Lúcia, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

portador(a) do documento de identidade nº: 5.206.836, expedido por SOS/PE, em
28/07/15, inscrito no CPF sob o nº: 035.910.454-11,
residente: Rua João Batista de Vasconcelos, nº: 17, complemento: Casa,
Bairro: Manoel S. Barbosa, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

Amplos 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 19/10/119, do sinistro de DPVAT da natureza invalidade.

CHÁ 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
t/ o endereço reg. nesta serventia. Dou fé.

Lilico Betariz
Cecília Betariz do Nascimento e Silva (Encarregante
autorizado)

Chá Grande, 13 de dezembro de 2019. Em test. PO,
da verdade.

Válido somente com o selo 0074302.WGA11201901.01503
Email: R\$ 3,59 TIR/R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEB R\$ 0,74 Total R\$ 4,91



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 34

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 35

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 15:00:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081015004986600000064828157>
Número do documento: 20081015004986600000064828157

Num. 66075382 - Pág. 36