

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, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086463

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO SILVA 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



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, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086463

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



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, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190086463 Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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: FABIO SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000014979-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

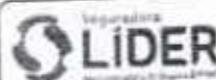
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
CPF do beneficiário	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Fabio Silva Ferreira		
340086463	082.260.214 - 80	CPF:	082.260.214 - 80	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Fabio Silva Ferreira		Número: 108	Complemento: A	
Endereço: Av. Brasil Centro	Endereço: Av. Nova Cidade: Ipiaú	Estado: PE	CPF: 55900 - 000	TEL (DDD): (81) 3626 - 3711
E-mail: coronaria.ipiam@gmail.com				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 14979 (Informar o dígito se existir)		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.				

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grado de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filho, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 devolver o valor recebido, além da reincidência criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Olinda - PE 20.02.2019
 Nome: Fabio Silva Ferreira
 CPF: 082.260.214 - 80

(* Assinatura de quem assina o RGDO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 20 FEB 2019

Rua da Areia, 111 175, 11 910 881
 Assinatura
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 NECT-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Lançamentos Conta Poupança - Uso Interno

numero/Conta:2918/14979-6
 nome: LIMA, MARCIA
 nro: 560.214-80 tipo:individual
 data HISTÓRICO ORIG DTVAL AUT VALOR CARTAO
 COD.LOUE.FECH 000001 DINHEIRO 300,00
 000001 000001 2918 0006 300,00
 000002 SALDO ANTESICR 300,00-
 000002 000002 2918 0008 46.50331,1 0,00
 000003 S A L D O
 000003 000003 2918 0009 46.50331,1 0,00
 SALDO DA CONTA EM 13/02/2019
 FIM

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.050-010
 RECIFE/PE

ITAU UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 0477

CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014979-6

Autenticação:

7FC29322268EC191E1CD3E4E7A410DEE4334E1E68D5B184FFA7240427123CDAD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190086463 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO (REDUÇÃO INCRUENTA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (14)RELATÓRIO MÉDICO DE 22/01/19 DR ALLISSON VIEIRA.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do seu tru ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	082.260.214 - 80	Fabio Silva Ferreira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	082.260.214 - 80
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Retirante	Rua Nova	108	A
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Ipama	PE	528900 - 000
E-mail:	fabio.silva.ferreira@gmail.com		
tel (DDD):	(81) 3626 - 3711		

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

DADOS CADASTRAIS

- RENDIMENTO MENSAL:
- REUSSO INFORMAR
 - ATÉ R\$1.000,00
 - R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 - R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- SEM RENDA
 - R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
 - R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
 - ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 2918

CONTA: 14979

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

05.802-194/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 JAN 2019
Boa Vista - RN
REC-110

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantas: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs/vôras? Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Local e Data: Olinda - PE 30.01.2019

Nome: Fabio Silva Ferreira
CPF: 082.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Fabio Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ºDESEC

2 de 2

18/01/2019 11:28

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0134000198

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/01/2019** às
11:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)

que aconteceu no dia **7/7/2018** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, PE-075, SENTIDO HOSPITAL MEMORIAL DE GOIANA.** - Bairro: **CENTRO** -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 Bl. C
Boa Vista - (PE) 50.060-010
RECIFE-PI

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VANILDO DE SOUSA PEREIRA (OUTRO)
FÁBIO SILVA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

FÁBIO SILVA FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mé: **DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA** Pai: **ELISER RODRIGUES FERREIRA** Data de Nascimento: **11/11/1988** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 94078842**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 102, RUA SANTA TEREZA, 102, CENTRO -**
REC. 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

VANILDO DE SOUSA PEREIRA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/inforpol/xml/BOEPrecisao

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANILDO DE SOUSA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FÁBIO SILVA FERREIRA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KID8665** (PARAIBANO/AO PESSOA) Chassi: **SBGKD05Z01G117178**
 Ano Fabricação/Modelo: **2000/2002**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E HORA RETRÔ TRAFEGAVA NA CITADA PE-075, QUANDO UM VEÍCULO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO COLIDIU COM O VEÍCULO CONDUZIDO PELA VÍTIMA EM EPÍGRAFE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA E A POSTERIORI FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, E PELO EXPOSTO SUPRA CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Fábio Silva Ferreira
FÁBIO SILVA FERREIRA
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **1347489**

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº doório ou ASL:

CPF da vítima:

092.260.214 - 80

Nome completo da vítima:

Fabio Silva Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Fabio Silva Ferreira

CPF: 092.260.214 - 80

Profissão:

Motorista

Endereço:

Rua Nova

Número: 108 Complemento: A

Bairro:

Centro

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PE

CEP: 55700 - 000

E-mail:

lojaveraria.guarda@gmail.com

Tel (DDD): (81) 3626 - 5711

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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:

2918

CONTA: 14979

6

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo à 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.

05.802.304/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 JAN 2019
Boa Vista - RR
REF: 01

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia guarda contra futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não

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

Local e Data: Goiânia - PE 30.01.2019

Nome: Fabio Silva Ferreira

CPF: 092.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher entre pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50005-902
CNPJ 10.835.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Centro 0800 281 5142
Ovidoria 0800 381 5180

4-8700-0000 ext. 3399
as Calendados de Estado

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado - SERP/SE

Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis da Telefônica Fixa

Agência Nacional de Telecomunicações

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
187-Lisacão Consulta de tarifas

Ligue-nos Grátis para telefones fixos e móveis.

DADOS DO CLIENTE		Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis		
DIANE MARIA DA SILVA				
CPF: 279.443.876-34				
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA				
RUA NOVA 108 A				
CENTRO/GOIÂNIA 55990-000 GOIÁS PE				
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.caipar.com.br		DATA DE VENCIMENTO 11/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 04/01/2019	CONTA CONTRATO 000242558022
		TOTAL A PAGAR (R\$) 65,88	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/01/2019	Nº DO CLIENTE 0001807322
			NÚMERO DA NOTA FISCAL 045115118	Nº DA INSTALAÇÃO 00012223877
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO		7236.55FC.D55B.C0BB.4C0C.BAA5.B97C.AD8C		

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	83,00	0,71979922	60,74
Concessão Pública Municipal			4,40
Multa por atraso-NF 041387447 - 07/12/18			1,23
Juris por atraso-NF 041387447 - 07/12/18			0,28
Anualização IGP-MF 041387447 - 07/12/18			0,19
05.802-494/0001-41			
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA			
31 JAN 2019			
Nota de Autora, N° 175 - 04.902 BLT			
Data: 01/02/2019 - 10:00:01			
TOTAL DA FATURA	R\$ 66,41		R\$ 66,41

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		NP DIA	DISPONÍVEL	AJUSTE	CONSUMO MMB
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	CAT	09/12/2019	17.936,00	09/12/2019	17.941,00	28	1.000,00	0,00	5,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
DESCRIÇÃO	COMPONENTE	VALOR APROX.	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL			
PERÍODO: 01/01/2019 - 31/12/2019								
SIC-Multa de horas extra Energia	EDIANA	0,00	4,35	0,31	18,42			
PEC-Multa de horas extra Energia		0,00	2,25	0,17	12,75			
DICMC-Duração média de Interrupção eletrobras		0,00	0,77	0,60	0,00			
QICR+Duração da Interrupção em dia útils			Límite QICR: 10,00					
Total Consumidor com duração a exceder a meta mensal DIC, PEC, DICMC e QICR+Duração é:								
R\$ 30,00								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você!ág corrente gelatinha: praça ilumpe de caixas centro / comerciante gelatinense de drogas/rua trajéte do meio no 32
Na hora da tentar a bandeira em vigor E Verde. Mais informações em www.mecf.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação às condições individuais ou do nível de fornecimento.
Pagto. entr. através gera multa milha 210(R\$114,00E83), Juros 1% m/lat 10,488% e atualização monetária no prazo.
O cliente é compensado quando há descumprimento de prazo definido para os condicões de acondicionamento e

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA-CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000242558022	01/2019	65,88	11/01/2019	Evita dívidas, pague sempre!

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.**

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



<https://www.semanticscience.org> | [semanticscience.com](https://www.semanticscience.org/semanticscience.com) | [semanticscience.com/semanticscience.com](https://www.semanticscience.org/semanticscience.com/semanticscience.com)



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguraduralider.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 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.ASP?FTIPO=1&CODIGO=29836>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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, este recuso é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA Fazenda, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Louá Guilherme, empaginaria de Divalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 093-562.324-65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabio Silva Ferreira Inscrito (a) no CPF sob o N° 082.260.214-50

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabio Silva Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o N° 082.260.214-50, 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 da residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Ilugue de Laiias	Número:	170
Bairro:	Centro	Cidade:	Olinda
E-mail:	loua.olinda@gmail.com	Estado:	PE
		CEP:	59100-000
		Tel. (DDD):	(81) 3626-3771

Local e Data: Olinda - PE 30.01.2019

093-562-494/0001-0 Assinatura do Declarante
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, N° 175, S/ 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PB

Atendimento: 435600

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 07/07/2018 22:54

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA NOVA

--

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

paciente vítima de acidente (colisão) carro-carro, seu pior dia de convalescência. de vomito. Náusea, cefaléia, náuseas, dor abdominal e dolicos. Dureza abdominal em T10

Exame Físico

FE: doloroso, distendido, tumefato
RR: 100 mmHg 28 FC: 98
T: 36,5°C PUPILAS: R: 3mm L: 3mm
A: 100% - PUPILLAS: simétricas

Hipótese Diagnóstica

• Politrauma,

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

31 JAN 2015

Rua da Aurora, N° 175, S. 902 BL. C
Bela Vista - (13) 92200-2110
RECIFE/PE

Prescrição Médica

① Sol. Rx de ferida, Pele
② Avaliação da integridade

DATA: 20/07/2015
PAC: 116466

Rx de ferida - sem sequelas da ferida pneumotórax

alterada Cx. Gasest

Carolina Tomos
Médica
CRM: 12345

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local:	Prontuário Integrado:	Local de Entrada:
2018/EC003031	07/07/2018 19:20			Emergência Cirúrgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Nome: FÁBIO SILVA FERREIRA		Registro SUS: 705062817241350	
10/11/1980	Idade: 31	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Endereço(a)	Profissão:	Naturalidade: GOIANA	Nacionalidade: BR
Documentos de Identidade: 7470882	Filiação: ELIEZER RODRIGUES FERREIRA Djanira Maria da Silva Ferreira		
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA NOVA, N 101		Complemento:	
CENTRO	Cidade: GOIANA	UF: PE	Telefone: 99407-8942
Acompanhante: CARLA / ESPOSA	- Act. Colisão com Outro Veículo		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Conteúdo: ACIDENTE DE TRÂNSITO			

Procedência: VIA PÚBLICA Meio de Transporte: Equipe de Resgate

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____
 () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
 () Fadiga () Distúrbios visuais () Paraparesia e/ou Paralisia de parte do corpo
 () Dor. Local _____

• Queixa urinária _____

• Exame. Lab. _____

Act. acd. Trauma c/ trauma
MTE ferimento crânio facial ligeiro

• Doenças Mórbidas / Medicamentos: _____

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
 () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () AVC

• Outros: _____

• Uso de medicamentos: _____

• Peso: _____ kg

P.A.: _____ mmHg Tm: _____ °C Pm: _____ bpm F.R.m: _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar: _____ mg/dl

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

Classificação:

[Assinatura]
 Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

05.802.494/0001-11
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

• Físico: Peso: _____ kg

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
 Boa Vista - CEP 50000-000

RECIFE/PE

• Diagnóstica / conduta: _____

0301050061 970/
 0301100012 /28

• de Atendimento:

CID 10:



Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
		HOSPITAL MIGUEL ARRAES		AT-435605	2 - CNES 6431869
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES			4 - CNES 6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - Nome do Paciente FÁBIO SILVA FERREIRA		6 - Nº Prontuário 116466			
7 - Cartão Nacional do SUS 705602817241350		8 - Data de Nascimento 11/11/1986	9 - Sexo X1	10 - RaçaCor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA				12 - Telefone de Contato 8199127462	
13 - Nome Responsável ELIEZER				14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA NOVA, 106 - TEJUCOPAPO					
16 - Município GOIANA		17 - IBGE 260620	18 - UF PE	19 - CEP 55900000	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE (COLISÃO) CARRO X CARRO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA OU VÓMITOS. NEGA CEFALÉIA, NEGA DOR ABDOMINAL OU ICA. REFERIU DO INTENSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
<p style="text-align: center;"><i>05.802.494/0001-11</i> <i>TRAFAÇÃO CORRETORA</i> <i>DE SEGUROS LTDA</i> <i>31 JAN 2019</i></p>					
21 - Condições que justificam a Internação AS ADMA					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas EXAME FÍSICO + RAIO X					
23 - Diagnóstico Inicial / Código LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL		24 - CID 10 Principal 5730	25 - CID 10 Secundário V482	26 - CID 10 Causas Asociadas V43.9	27 - Código do Procedimento 0408040173
27 - Descrição do Procedimento Solicitado REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTÂNEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICA					
28 - Especialidade CIRÚRGICA		30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016478437633	29 - Código do Procedimento 0408040173
33 - Nome do Profissional / Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO					
34 - Data de Solicitação 08/07/2018		35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) <i>Dr. Helder Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia 18339 CRM-PE 20.720</i>			
36 - () Acidente de Trânsito 37 - () Acid. Trabalho Típico 38 - () Acid. Trabalho Trajeto 40 - () Vinculo com a Previdência Social 41 - () Empregado 42 - () Empregador 43 - () Autônomo 44 - () Desempregado 45 - () Aposentado 46 - () Não Segurado					
39 - () CNPJ Seguradora 40 - () N° Bilhete 41 - () CNAE / Empresa 42 - () CPF / Empresa 43 - () Série 44 - () CBOR					
45 - Nome do Profissional Autorizador					
46 - Documento (X) CNS		47 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador E260000001		48 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
49 - Data da Autorização		50 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) <i>Dr. Fábio Althans Médico Ortopedista CRM-PE 102162</i>		51 - AIH 261810161478-8	

Código do Laudo: 435600

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/07/2018 22:50



Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente: 116466
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0029
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 435600
SAME: 103520

Período: 07/07/2018 23:01 - 07/07/2018 23:04

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CARRO, APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, DOR EM QUADRIL ESQUERDO. TCE LEVE

Observação: NEGA ALERGIAS / HAS / DM.
ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE GOIANA COM SENHA 5464188.

Sintoma sintoma: TRAUMA

Excluidor(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFERIMENTO
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

*FIRMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local:
Enfermeiro:
Data:*

REVISADO
NEPLIMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/1.21

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2018 23:04

Continuação ...

ORTOPEDIA. Pac. vítima de acidente de Tramonto, colisão carro x carro. Traizado pelos bombeiros em uso de prancheta ortopédica e cinto cervical. Glosco 15, S/T a imobilização funcional em Quadril (E), atitude antalgica em adução e retrograda interna, s/att. nuberosos edemas em p/te (E). Possível luxação do quadril c/ necessidade de exame radiográfico. Unidade não dispõe de radiografia.

col: - Encaminhado p/ serviço de referência. /Avd. Cir. Gen.

AB: luxação do Quadril (E).

✓ 20:00h deslocamento 75 m/TH.

Evolução Enfermagem

CIEUSIN -

Pac. vítima de acidente automóvel com o extintor farto - metanossal D + Axíum e + gelo E

→ Assirri

→ Fatura de extintor farto

⇒ Cintos soltos

Dr. Antonio Roberto M. Alves
Médico Cirurgião Urologista
CRM-SP 23138-S

Dra. Tatiane Vaz
Médica
CRM-SP 16724

ALTA 20:20h Tramal 100 mg + 100 ml SFC, 91. EV lento.

Data:	
Hora:	
Residência	
Intemação	
Óbito	
Transferência	✓

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Médico - CRM

31 JAN 2019

Hospital: Miguel Lacerda - NITIS 51 902 81 C
Número: 060-010 Senha: 5 964 88.

Cadastro: 07/07/2018 19:21:03 ROBERTA RECIFE-PE

Impressão: 07/07/2018 19:23:32 ROBERTA

21:30 Transferido para HMA (Pto. Kome
mat. DO-00)

13/07/2018

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 435605

Usuário: ADRIANABP

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	FABIO SILVA FERREIRA			Prontuário:	116466			
Idade:	31	7m 26d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	11/11/1985
Profissão:				Escolaridade:				
R.G.:	C.P.F.: 08226021480			Telefone:	992683114	CEP:	55900000	
Endereço:	RUA NOVA , 108 - TEUCOPAPO					- GOIANA	- PE	
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Dados da Internação				
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Data e Hora da Internação:			08/07/2018 00:08	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA			Leito: VERD2-13
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Piso:	GERAL			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	- Numero:	20 / 07 / 18	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :	CLUBE VAN ISOURA FATURADO

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08 / 07 / 18 Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Urtigo do membro esquerdo

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Redução de urtigo do membro esquerdo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019

Dr. Samuel Moura
oftalmologista
CRM-PE

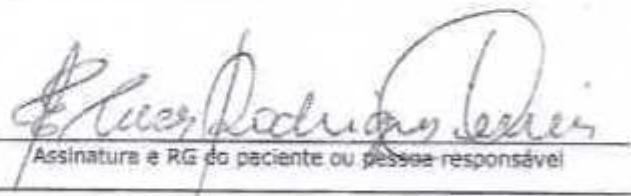
Médico e CRM:

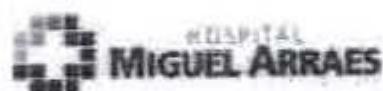
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em ____ de ____ de 2018


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FÁBIO SILVA FERREIRA REG: 116466

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/7/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE (COLISÃO) CARRO X CARRO SEM PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. NEGA CEFALÉIA NEGA DOR ABDOMINAL OU TORACICA. REFERE DO INTENSISMO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
	AO EXAME: REG, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, EUPNÉICO NORMOCORADO, NORMOCARDICO INCAPACIDADE DE MOBILIZAR M ^{ED} (esquerdo)
	HD: LUXAÇÃO DE QUADRIL
	CONDUTA: AO BLOCO
	Sob orientação Dr. Solmane
	Dr. Hudson Oliveira Ribeiro Ortopedista Traumatologista CRM-PE 26.720
08/07/18	# SOT #
	HD: Luxação de quadril (L) 1DPO de redução de luxação. Paciente comedido à redução da luxação de quadril esquerdo. Fazendo exercícios. Ao exame físico, paciente consciente, hidratado, apresentando eupnéico e copioso. APRESENTA ECOLISIA em região do couro cabelludo e torso esquerdo. TA SURVADAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO
	em alta hospitalar com orientações.

(sob orientação do Dr. Thiago Mendonça)

Dr. Samuel Moura
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 26.720 +

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2018
Rua da Aurora, nº 175, SJ. BONIFACIO
RUA VASSOURAS CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 50578
Paciente: 116466
Convênio Atend.: 1
Leito: 688
Dt. Início: 08/07/2018 01:02 Dt. Fim: 08/07/2018 01:28

Sala: 0002 SALA 02

FABIO SILVA FERREIRA
SUS - INTERNACAO
VERD2-13

Atendimento: 435605
Carteira:
Idade: 31 Anos 27 Dias 1 Hora

Pre-Operatório:
Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408040190 REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO ANTERIOR DO QUADRIL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: REDUÇÃO INCRUENTA DE QUADRIL ESQUERDO
OPERADOR: DR SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR MARIO ALVES
2º AUXILIAR: DR HUDYSON ROCHA

ANESTESISTA: DRA SIMONE
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. REALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA ATRAVÉS DA MANOBRA DE ALLIS
- VERIFICADA ESTABILIDADE ATRAVÉS DA MANOBRA DE COMPRESSÃO AXIAL A 90° DE FLEXÃO E AO TESTAR OS MOVIMENTOS DO QUADRIL.
4. CURATIVO
- E BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

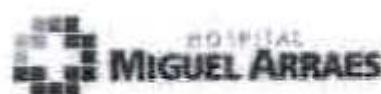
Dr. Hudyson Oliveira Rocha Descrição Complementar
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26.720

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DR(A): SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

31 JAN 2019

FATURADO
20/07/18
Rua da Aurora, nº 175, Setor Sul
Claudemir Souza
Bom Vista - CEP: 50.060-010 Faturista
BEOTTE-PE



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: FÁBIO SILVA FERREIRA REG: 116466
IDADE: 32 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 7/7/2018 DATA DA ALTA 08/07/18
DIAGNÓSTICO: URGÊNCIA DE ORIGEM TUBERCULOSA

TRATAMENTO REALIZADO: ~~ENZIMA~~ TECNICA ATRAVES DA MEMBRANA
DE BILIS

ANESTESIA

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM() NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

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

31 JAN 2019
Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
0007-000

Dr. Samuel Moers
Orthodontist
Canton, Ohio

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 435600 Prontuário: 116466 SAME: 103520 Hora Atend: 22:54 Data Atend: 07/07/2018
Paciente..... : FABIO SILVA FERREIRA Idade: 31 a
Endereço..... : RUA NOVA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 56900000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/07/2018 Hora Saída : 00:05

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9º 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 435805

Dt Atendimento: 08/07/2018 - 00:08 Dt Alta: 08/07/2018 - 11:00

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 688 VERD2-13

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: LUISKNS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

LUIS KLEBER NASCIMENTO DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

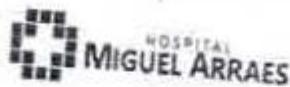
31 JAN 2019

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

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

LIVRO DE ATENÇÕES



RECEITUÁRIO

Fábio Siqueira Ferreira

Atendeu para os seguintes fins
que o paciente submetido
foi submetido à ressecção
de luxação do ombro.
Após remoção de cravo.

Necessita reposição de medicação
retornando em 30 (trinta) dias

27/8/17

Dr. Francisco Crasto
Tribunal de Contas
Órgão - Conselheiro
Câmara Geral - 1947

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RJ/CEP/PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 07/07/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 07/07/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Fabio Silva Ferreira.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: luxação - do quadril esquerdo	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): 05.802.494/0001 TRAÇÃO CORRECTORA DE SEGUROS LTDA Reduções iniciais. 31 JAN 2019	
ALTA MÉDICA? PRAZO: 175, 11.907 BLC <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? Caso positivo descrever: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU BEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, dificuldade de força e dor no quadril esquerdo
2º Perda funcional de 50% no quadril esquerdo
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/01/19,
22/01/19, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiânia PE 22/01/19

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alessandro F. F. Vaz
CRM-DF 000000000000000000
CRM-DF 000000000000000000
CRM-DF 000000000000000000

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgastes.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" ou "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que seja tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

O anfí, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guarda protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

019860 00067

Número Série



Fábio Jeferson
Assinatura do Portador



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
SC/PE-PI

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
082.260.214-80

Nome
FABIO SILVA FERREIRA

Nascimento
11/11/1986

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
AF52.458D.05D8.9EB8

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

nas 18:37:16 do dia 03/11/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 60

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Avda da Aurora, 10 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

ARUANA SEGUROS

16 ABR 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO 1608008403002/VEÍCULO
1-0074795214-0 00/00000000 2036

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

06733975483 RFD9555/PB

KIB9555 PE 9BGRD09E01G117178

PAS/AUTOMÓVEL / P GASOLINA

GM/CELTIA MARCA / MODELO 2006 2.0M4CO.

S. P/60 /CV PARTIC BRANCA DOMINANTE

COTA UNICA 00/007/0000 VÉICO COTAS

0 0 PARCELAMENTO / COTAS 1^a
0 0 2^a
0 0 3^a

***** SEGURO PAGO 21/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PITIMB
369



José de Souza
Corretor de Seguros

0
21/09/2016
DATA
16080

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

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

PB Nº 012895451542 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VANILDO DE SOUZA PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
06733975483 INFORMAÇÕES GERAIS DE COBERTURA KIB9555 /PB
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 21/09/2016

EXPIRAÇÃO DATA EMISSÃO

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

06733975483 RFD9555/PB

FLAÇA

PERMANENTE MARCA / MODELO

06733975483 RFD9555/PB

FLAÇA

00747952140 GM/CELTIA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000 1 9BGRD09E01G117178

SEGURADORAS

06733975483 RFD9555/PB

FLAÇA

00747952140 GM/CELTIA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000 1 9BGRD09E01G117178

SEGURADORAS

06733975483 RFD9555/PB

FLAÇA

00747952140 GM/CELTIA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000 1 9BGRD09E01G117178

SEGURADORAS

00747952140 GM/CELTIA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000 1 9BGRD09E01

PROCURAÇÃO PARTICULAR - Dpvat

Outorgante: Fábio Silva Ferreira

RG/CNH/CTPS: Nº 019860 Série 0006+

Profissão: funcionário

Estado Civil: SOLTEIRO

End: Rua Nova 108-A, Centro, Goiana

CPF: 082.260.244-80

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65

End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE, CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Fábio Silva Ferreira
Acedente: 07.07.2018
cobertura: Imóveis

Goiana/PE . 31 de Junho de 2018.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Serviço Notarial e Registrário da 2ª Oficina/Caridade Maria Helena
Belo Horizonte - MG - Fone: (31) 3222-1000 - Fax: (31) 3222-1000 - E-mail: sncmhm@bol.com.br



Reconheço por autenticidade a firma do FÁBIO SILVA FERREIRA.
Data: 31/07/2018 (03364). Em testemunho
da verdade. A tabelião Jairivaldo.
End. RJ3, 77, TERR. RIO, 30, FONC 100,40 Total 14,79 Selos
07/07/2018 17:00:2019 03/07/2018 assinante autenticidade em
http://sncmhm.selodigital

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Vítima Joaquim da Lima
Escrivane

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037140/19

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

FABIO SILVA FERREIRA : 082.260.214-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 31/01/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Data do cadastramento: 31/01/2019

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso