
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

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



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

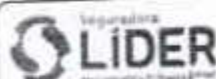
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do contrato do ASL: 3490086463 CPT 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 Nº 445/2012

Nome completo: Fabio Silva Ferreira CPF: 092.260.214 - 80
Profissão: Motorista Número: 108 Complemento: A
Endereço: Rua Nova Estado: PE CEP: 55900-000
Bairro: Centro Cidade: Goiana Tel (DDD): (91) 3626-3711
E-mail: fabio.silva.goiana@gmail.com

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 14979 (Informar o dígito se existir) 6 (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Local e Data: Goiana - PE 20.02.2019
Nome: Fabio Silva Ferreira
CPF: 092.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: 20 FEB 2019
Assinatura: _____
Rua da Aurora, nº 175, 1º andar, C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

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

Lançamentos Conta Poupança - Uso Interno

Página 1

Conta/Conta:2918/14979-E

CONTO SALVA PERFEITA

001 001.240.214-50

tipo:individual

DATA	HISTÓRICO	ORIG	DTVAL	VAL AUT	VALOR CARTÃO
10/21	EM 000001 DINHEIRO				300,00
10/21	EM 000001	2918	0005		300,00
10/21	SALDO AMERICA				300,00
10/21	RET LOTO CIA DESATIVADA				300,00
10/21	40.50351.1	2918	0005		0,00
10/21	R A L T O				

ENCERRAMENTO DA CONTA EM 10/02/2019

FIN

[Handwritten signature]

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: 50.060-010
RECIFE-PE

13/02/2019 10:33:16

ITAÚ 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: ☐ DADS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 082.260.214 - 80 Nome completo da vítima: Salvo Silva Ferreira

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

Nome completo: Salvo Silva Ferreira CPF: 082.260.214 - 80
Profissão: Recepcionista Endereço: Rua Nova Número: 108 Complemento: A
Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 53900-000
E-mail: luis@luis.com Tel (DDD): (81) 3626-344

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, declarando que esta autorização não significa anulação da 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Goiana - PE - 30.01.2019
Nome: Salvo Silva Ferreira
CPF: 082.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-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 - 18/01/2019 11:4
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

2 de 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134000198**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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): **FABIO SILVA FERREIRA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - (EP-50.060-010)
RECIFE-PE

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

FÁBIO SILVA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA** Pai: **ELISER RODRIGUES FERREIRA** Data de Nascimento: **11/11/1988** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 94078942**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 102, RUA SANTA TEREZA, 102, CENTRO.**
cep: 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/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPrevie

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

Placa: **KID6655** (PARAIBAJUOAO PESSOA) Chassi: **950RD05Z01G117172**
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2002**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E HORA RETRO 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

Fabio Silva Ferreira
FABIO SILVA FERREIRA
(VITIMA)

Daniel Pereira Vicente
B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **3347489**

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: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

092.260.214 - 80

Nome completo da vítima:

Julio Silva Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo:

Julio Silva Ferreira

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua Nova

Bairro:

Centro

Cidade:

Goiana

Estado:

PE

CPF:

092.260.214 - 80

Número:

108

Complemento:

A

E-mail:

Wagneria.guiana@gmail.com

CPF:

55900-000

Tel. (DDD):

(91) 3626-5771

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 POUPOANÇA (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: 14939

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

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 (assinale 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.

Foi motivo assinalado, solicitando o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e exclusiva avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

Vivos:

Falecidos:

nasceu (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

pai/mãe vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Goiana - PE 30.01.2019

Nome: Julio Silva Ferreira

CPF: 092.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Julio Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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: 12346

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, sem perda de consciência, de vômitos. Negro, civil, saudável, dor abdominal na fossa direita. Depressão da umbilical de 110

Exame Físico

Examinando, deitado, consciente
AP: sem ruído FC: 98
RI: H+V+M+ALT+RTA
AB: glândula, cateter

Hipótese Diagnóstico

1. Peritonismo

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bon Vista - CEP: 50.020-010
RECIFE-PE

Prescrição Médica

1. Sol. Rx de tórax, Pelve
2. Avaliação da cirurgia

Rx de tórax - sem sinais de pneumotórax
abdominal

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-68
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0008943-02



www.celpe.com.br

Tarifa Social da Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
 COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142
 Ouvidoria 0800 262 3599
 Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 RPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	
Nome	_____ _____ _____
Endereço	_____ _____ _____ _____ _____
Cidade	_____ _____ _____
UF	_____ _____ _____
CEP	_____ _____ _____
Telefone	_____ _____ _____
E-mail	_____ _____ _____
Assinatura	_____ _____ _____

DIANERA MARA DA SILVA
CPF: 379.443.874-38

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PLA NONA 108 A

CENTRO-GOIANA
55900-000 GOIÁIA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.taape.com.br.

DATA DE VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
65.88

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/01/2019

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

DATA DA APRESENTAÇÃO
04/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
045116118

04315178

CONTA CONTRATO
000242558022

Nº DO CLIENTE
8001807332

Nº DA INSTALAÇÃO
0001234567

CLASSIFICADO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7236.55FC.D55B.C0BB.4C0C.BAA5.B97C.AD8C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo (Mvsc/kWh)	83,00	0,71573029	59,41
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,40
Multa por atraso-NF 041337447 - 07/12/18			1,33
Juros por atraso-NF 041337447 - 07/12/18			0,28
Atualização IGP-M NF 041337447 - 07/12/18			0,13
<p>55.802.494/0001-11</p> <p>TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA</p> <p>31 JAN 2019</p> <p>Rua da Aurora, nº 175, 51.902 Bl. C</p> <p>Rua - CEP: 50.060-010</p>			
TOTAL DA FATURA			R\$ 67,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
IPI			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
R\$ 74	35,00	25,90	R\$ 74	0,45	33,26	R\$ 74	2,09	1,54

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Aluguel/mês	5,229600	JAN	19	60
		FEV	19	29
		NOV	18	60
		OUT	18	62
		SET	18	77
		AGO	18	78
		JUL	18	79
		JUN	18	79
		MAI	18	80
		ABR	18	82
		MAR	18	78
		FEV	18	68
		JAN	18	60
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
	KWh %			
Oscilação de Energia	19,26 32,43			
Transmissão	3,81 6,35			
Distribuição (Cabo)	13,41 22,42			
Energia Comercial	3,41 5,70			
Perdas	18,83 31,32			
Perdas de Energia	4,38 7,30			
TOTAL	59,12 100			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		RF. OAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO M3
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	CAT	03/12/2012	17.358,00	04/01/2013	17.541,00	38	1,00000	0,00	83,00

NOTA ARREGLADA PARA A PRÓXIMA LEITURA. 00702016

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR ESPERADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
MENSAL					
DIC-Mo de horas sem Energia	DIÁRIA	0,00	0,00	0,01	10,02
FE-Mo de horas sem Energia		0,00	0,00	0,01	10,00
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,01	0,00	0,00
DICR-Duração da Interrupção em dia crítico					LIMITE DICR: 10,00
EUSO-Valor de Serviço de Uso = R\$ 00,00					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

*Pague no ponto mais perto de você! Agorra a gasolina: praça Ilupre de Oaxaca centro / comercial gasolineas de drogas / rua trapiche do meio no 32
 *Eu não sou a fatura e a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é considerado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2% (R\$14,00/ANEEL), Juros 1% (R\$10,00/ANEEL) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é considerado quando há descumprimento do prazo definido para a redução de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000242558022	01/2019	65,88	11/01/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





AVENIDA CRUZ CABUGA - JARD. 1387 - SANTO AMARO RECIFE-PE
 CEP: 50010-000, Fone: (081) 0800 081 0195
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014322-2
 CNPJ: 09.789.035/0001-64
 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181210399440 Escritório: GOIAMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

01039944.0 12/2018-5

IMPLANT. DA ESCVA LEITE RETO

R. DO CAFIAR, N. 00170 - CASA-3 - CENTRO GOIAMA PE 55000-000

INSCRIÇÃO: 042.490.765.8134.000

GRUPO: 13

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 01039944.0

LEITADO

POTENCIAL

01/12/2018

07/12/2018

07/01/2019

REAL /

ÁGUA
 LEIT. ANT.: 341
 LEIT. ATUAL: 341
 LEIT. FAT.: 341
 CONSUMO: 0
 NO TARRADO

ESGOTO
 LEIT. ANT.:
 LEIT. ATUAL:
 LEIT. FAT.:
 VOLUME: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

11/2018	11	1
12/2018	150	1
01/2019	17	1
02/2019	107	1
03/2019	137	1
04/2019	87	1
05/2019	81	1

PARÂMETROS

PARÂMETROS	EXIS. PELA PORT. Nº 2.914/11	HOMENS DE ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	45	45	44
COR APARENTE	45	45	40
CLORO RESIDUAL	44	45	41
COLIFORMES TOTAIS	44	45	41
E. Coli	44	45	41

Observações: 1) COLIFORMES TOTAIS RESIDUAIS EM 99% DAS AMOSTRAS MONITORIZADAS.
 2) 100% PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, COLIFORMES FÉCIS E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 3) 100% PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ATENDIDAS AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA			
COMERCIAL - 80% UNIDADE			
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3		69,78
MULTIPLICAÇÃO POR 1,25			2,41
TARIFA DE BARRAS	09/2018 08/2019 07/2019		3,05

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS ETDA

31 JAN 2019

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

818	69,78	1,83	1,26
OUTROS	69,78	1,47	4,82

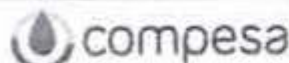
20/02/2019

66,22

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 123,77. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

CHAMADA 0001 INTENET

Exatidão em 10/01/2019



ATENÇÃO: 0800-0810195
 SAC: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

01039944.0 12/2018-5

20/02/2019

66,22

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

E2B80000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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 Ovidorária: 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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?ID=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 NÉFITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/96.

Pelo exposto, eu Luís Guilherme Mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083-562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabio Silva Ferreira inscrito (a) no CPF sob o nº 082.260.214 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Fabio Silva Ferreira

Inscrito (a) no CPF sob o nº 082.260.214 / 90, 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 Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
e-mail: <u>amersonia.goiana@gmail.com</u>		CEP: <u>55900-000</u>
		Tel. (DDD): <u>81 3626-3773</u>

Local e Data: Goiana - PE 30.01.2019

08.802.494/0001-40 Assinatura do Declarante
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 56060-070
RECIFE-PE

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

Existe uma de acidente (colúmbio) como como, sem poder de
consciência, de vômitos. Regio cefálica, náuseas, dor abdominal
em hipocôndrio. Refere dor intensa tipo 10/10

Exame Físico

Ex. físico: paciente, deitado, consciente
RA - 44 mmHg FC - 88
RA - 110 mmHg FC - 88
RA - 110 mmHg FC - 88

Hipótese Diagnóstico

Q. Poltrauma

05.802.494/0001-71
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

31 JAN 2019

Prescrição Médica

Q. Sol. Rx de torax, Pelve
Q. Inalação da oxigênio

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50200-010
RECIFE-PE

Rx de torax - sem sinais de fratura pneumotórax
Atenda a q. geral

Assinatura e Carimbo/Médico

Cecilia Torres
CRM: 22500

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() 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: 2018/EC003031 Data e Hora de Atendimento: 07/07/2018 19:20 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Cirúrgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:

FABIO SILVA FERREIRA

Registro SUS:

705063817241330

10/11/1986 Idade: 31

Sexo: Masculino

Cor: Branca

Estado Civil:

Profissão:

Naturalidade: GOIANA

Nacionalidade: BR

Nome de Identidade:

ELIEZER RODRIGUES FERREIRA

7470822

Filiação:

DIANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Endereço (Av., Rua, etc.): RUA NOVA, N 101

Complemento:

CENTRO

Cidade: GOIANA

UF: PE

Telefone: 99407-8942

Acompanhante: CARLA / ESPOSA

Occorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO

- Act. Colisão com Outro Veículo

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

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 () Parosmia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor Local

Queixa urinária

Tratamento Local

Doenças

Doenças Mórbitas / Medicamentos

- Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Brônquica () Alergias
Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enflama () Alcoolismo () A.V.C

Outros:

Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. 127/72 mmHg Tm 36.5 °C Pm 72 bpm F.R.m 12 rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamentos

- ☒ Clínica Geral
() Pediatria
☒ Cirurgia
☒ Ortopedia
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
Outros:

Classificação:

Ass. Enfermagem

NOTIFICADO
EPIDEMIOLOGIA/HBC

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Altura Física: Peso: kg

Rua da Aurora, Nº 175, SL 900-81
Boa Vista - CEP 50060-210
RECIFE-PE

Exame diagnóstico / conduta

Local de Atendimento:

CID 10:

0301060061 970/
0301100012 28



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	FABIO SILVA FERREIRA			6 - Nº Prontuário	116468
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
705002817241390	11/11/1986	X 1 0 0	03 - Parda	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, Nº, Bairro)	RUA NOVA, 106 - TEJUCOPAPO				
16 - Município	GOIANA				
17 - IBGE	260620	18 - UF	PE	19 - CEP	56900000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE (COLISÃO) CARRO X CARRO, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. NEGA CEFALÉIA, NEGA DOR ABDOMINAL OU
ICA. REFERE DO INTENSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

21 - Condições que justificam a internação
AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO - RUO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código
LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL

24 - CID 10 Principal
S730

25 - CID 10 Secundário
V482

26 - CID 10 Causas Associadas
V43.9

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTÂNEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLICA

28 - Código do Procedimento
0408040173

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Carreir de Afastamento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
9800161478-37633

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data de Solicitação
08/07/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
18339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () Acidente de Trânsito
37 - () Acid. Trabalho Típico
38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora
40 - Nº Bônus
41 - Sólido

42 - CNPJ Empresa
43 - CNAE Empresa
44 - CSOR

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
261810161478-8

Código do Laudo: 435600

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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.

Logograma sintoma: TRAUMA

Acriminator(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- 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 %

Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local
Lesão de Pele
Enfermeiro
Katrine
07/07/2018

REVISADO
NEPI-IMA

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: 50.063-010
RECIFE-PE

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

Data Impressão: 07/07/2018 23:04

ORTOPEDIA. Pac. vítima de acidente de trânsito, colisão carro x carro. Trazi-
do pelos bombeiros em uso de frangalha ortopédica e cinto cervical. Exatidão 15,
sem a impetência funcional em Quadril (E), atitude antiálgica em
abdução e Rotação interna, s/att. neuromusculares em M.E. Provável
luxação do quadril e necessidade de exame radiográfico. Unidade não
disponha de radiografia.

cd: Encaminhado p/ serviço de referência. / Aut. cir. Genl.
td: Luxação do Quadril (E).

✓ 20:00 Clonazepam 1comp 75 mg IM.

Evolução Enfermagem

CIVILIS -

Pac. vítima de acidente auto / auto com
Extensão fratura - metáfemur D + Axila e
+ joelho E

+ Aspiric

+ Suture de estufa fratura

e Curativo o clon

Dr. Antônio Roberto A. Capicanti
Médico Cirurgião Geral
CRM 23138-5

ALTA 20:00 Tramadol 100 mg + 100 ml SFC, 91. EV lento.

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	✓

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2018

Hospital: Miguel Arraes

Sanha: 5964 188.

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

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

at: 30 Transferido para HMA (PE) Kome
Mat. Do. no

13/01/18

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **435605**

Usuário: ADRIANABP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **FABIO SILVA FERREIRA** Prontuário: 116466
Idade: 31a 7m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/11/1986
Profissão: Escolaridade: Telefone: 992683114 CEP 55900000
R.G.: C.P.F.: 08226021480 - 108 - TEJUCOPEPO - GOLANA - PE
Endereço: RUA NOVA
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 08/07/2018 00:08
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-13
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **FATURADO 20/07/18**
Endereço: Número: **CLAUDEVAN SOUSA**
Telefone: Cidade: Estado civil: **PAULISTA**

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

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

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Bom condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: União do osso esquelético

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: Redução de fratura do osso esquelético

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Dr. Samuel Moura
Ortopedista

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, anestésias, 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 Julho de 2018

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FABIO 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 TORÁCICA. REFERE DO INTENS EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
	AO EXAME: REG, ANICTÉRICO, ACIANOTICO, EUPNEÍCO
	NORMOCORADO, NORMOCARDICO
	INCAPACIDADE DE MOBILIZAR MIB (esquerdo)
	HD: LUXAÇÃO DE QUADRIL
	CONDUTA: AO BLOCO
	Sob orientação Dr. Sormane
	Dr. Hudson Oliveira Rocha Ortopedia/Traumatologia CRM PE 26.720
08/07/18	# SOT - A
	HD: LUXAÇÃO DE QUADRIL @
	1º DO DE RESCUE DE URGÊNCIA.
	Paciente submetido à redução de
	Luxação de quadril esquerda. Evolui
	sem sequelas. Ao exame físico, REG
	OLUNTARIO CONSCIENTE HILARADO AFEBRIL
	EUPNEICO CORADO. APARECER RECOLHIDO
	EM REGIÃO DO CORPO CABEÇADO C
	TORNO ESCURECIDA TA SUTURADA.
	NEUROVASCULAR PRESERVADO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

em Alta HOSPITALAR com
orientação.

(SOB ORIENTAÇÃO DO DR. THIAGO MENDONÇA)

Dr. Samuel Adorn
Ortopedia/Traumatologia
CRM PE 26.720

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 50578 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 118466 FABIO SILVA FERREIRA Atendimento : 435605
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 888 VERD2-13 Idade : 31 Anos 27 Dias 1 Hora
Dt. Início : 08/07/2018 01:02 Dt. Fim : 08/07/2018 01:28
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 MANOBRAS DE ALLIS
3. VERIFICADA ESTABILIDADE ATRAVÉS DA MANOBRAS DE COMPRESSÃO AXIAL A 90º DE FLEXÃO E AO TESTAR OS MOVIMENTOS DO QUADRIL.
4. CURATIVO
5. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.720

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

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, 115, 175, 51-500
Boa Vista - CEP: 50.060-010 FURNISTA
RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ³²FABIO SILVA FERREIRA ^MREG: 116466
IDADE: 32 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 7/7/2018 DATA DA ALTA 08/07/18
DIAGNÓSTICO: URTIQUERIA DE QUADRICES

TRATAMENTO REALIZADO: medicação fechada atraves da manobra
de hilis

ORIENTAÇÃO: ADMISSÃO ambulatorial
ANAMNESE
RETORNO ambulatorial

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

RETORNO
ao ambulatório
em 15 dias

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


Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456

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..... : TEJUCO PAPO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900000
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, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 435505

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

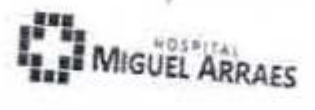
31 JAN 2019

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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

LAUDO AL TMS



RECEITUÁRIO

FABIO SILVA FORTALEZA

Atesto para os devidos fins
que o paciente SUBMETIDO
foi SUBMETIDO à REDUÇÃO
INCLUIÇÃO DE LUXAÇÃO DO OMBRO
APÓS PERDA DE CARIÓ
NULIFICAÇÃO DOBRO DO CARIÓ
ROTACIONAL em 30 (trinta) dias

27/8/18

Dr. Francisco Costa
Tração Corretora
de Seguros Ltda
Cidade de São Paulo

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 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-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):

05.802.494/0001-11
TRACÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Redução incremental.

ALTA MÉDICA?
RUA DA VISTA - CEP 50.070-010
Bela Vista - PE
[] SIM [X] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, 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

- 1ª Dor, déficit de força e ADM
- 2ª no quadril esquerdo
- 3ª Perda funcional de 50% no
- 4ª quadril esquerdo.
- 5ª

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

Geiano PE

22/01/19

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Adriano F. F. Vieira
CRM-PE 00000000000000000000
SUSC 1901

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.

Tudo 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" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será 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 distração no trabalho propõem a acidentes pela distração.

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

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para as máquinas quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-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
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 019860 Série 00067



ASSINATURA DO PORTADOR
Fabio Z...

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

Call us today at 1-800-962-010

11

100



MINISTERIO 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

às 18:37:16 do dia 03/11/2015 (hora e data do Brasília)
dígito verificador: 00

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012895451542
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
1-0074795214-0 00/00000000-2016

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

06733975483 RID9555/PB

KID9555 PE 9BGRD08Z01G117178

PAS/AUTOMÓVEL/GASOLINA

GM/CELTA 2004 2004

S. 2/60 /CV PARTIC BRANCA

00/00/0000 VEIC / COTAS

1ª
2ª
3ª

SEGURO P A G O 21/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PITIMB 369 21/09/2016 16080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR S/A CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA DO NAO - 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 KID9555/PB
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 21/09/2016

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

OFF / CIP FLACA

PERM/VAL MARCA / MODELO

06733975483 KID9555/PB

00747952140 GM/CELTA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000-1 9BGRD08Z01G117178

CUSTO DO BILHETE (R\$) SEGURO P A G O

DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0800 022 1204

16080-0850501-20160921



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2017

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Fabio Silva Ferreira
RG/CNH/CTPS: Nº 039860 Série 00067 CPF: 082.260.254.80
Profissão: motorista
Estado Civil: SOLTEIRO
End: Rua Nova 108-A, Centro, Goiânia

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, Goiânia-PE. CEP: 55900-000


Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Fabio Silva Ferreira
Acidente: 07.07.2018
Cobertura: Invalidez

Goiânia PE . 31 de junho de 2018


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

 Serviço Notarial e Registral do 2º Oficial/Cariótipo Maria Helena
Rua da Moura, 100 - 1º andar - 50.060-010 - Boa Vista - PE - www.senarpe.com.br

Reconheço por Autenticidade a firma de FABIO SILVA FERREIRA.
Oss. fé. Goiânia, 31/07/2018 (09:34h). Em testemunho
da verdade. A tabelião Luã Mangabeira
Escr. R\$3,79, T\$R. R\$0,80, F\$P. R\$0,40 Total: R\$4,99 Setor
077-638.020-0601901.0317 assina autenticidade em
www.tjpe.jus.br/senarpe/ta



Vim Joaquim de Lima
Escrivão

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037140/19

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

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

Data da entrega: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso