



Número: **0065869-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO SILVA FERREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76987 149	16/03/2021 10:04	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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

Carta nº 15904272

Pag. 00923/00924 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%	
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$ 2.362,50

Recebedor: **FABIO SILVA FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

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

Pag. 00429/00430 - carta_30 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIANA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com (31) 999441109 (81) 3538-0069

DADOS CADASTRAIS
17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

DECLARO, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Abreu e Lima PE 30/06/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fabio Silva Ferreira
43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
 7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIANA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
 15 - E-mail: balbinoespe@hotmail.com (31) 999441109 (81) 3538-0069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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 que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
 COMERCIAL 116 | PRONTI
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
 Ouvidoria 0800 :
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de
 Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
 Agência Nacional de Energia Elétrica
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos

DADOS DO CLIENTE

DJANIRA MARIA DA SILVA
 CPF: 279.443.874-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA 108 A

CENTRO/GOIANA
 55900-000 GOIANA 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.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

09/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

70,22

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
 02/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
 02/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
 110557001

CONTA CONTRATO
 000242558022

Nº DO CLIENTE
 2001907332

Nº DA INSTALAÇÃO
 0001223577

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9430.2706.5A5D.B0A5.C3F6.3652.717C.79DC

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	80,00	0,42901509	34,32
Consumo Ativo(kWh)-TE	80,00	0,36081955	28,86
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,63
Multa por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			1,69
Juros por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			0,39
Atualização IGPM-NF 106723388 - 05/05/20			0,33
TOTAL DA FATURA			70,22

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD 0,29839000
 Consumo Ativo(kWh)-TE 0,25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	HS	%
Geração de Energia	19,88	31,46
Transmissão	2,31	3,80
Distribuição (Celpe)	14,04	22,22
Encargos Setoriais	3,30	5,22
Tributos	19,23	30,44
Perdas de Energia	4,42	7,00
TOTAL	63,18	100

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.
abr/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87				
Todo Consumidor pode solicitar a separação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual				

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
63,18	25,00	15,79	63,18	0,97	0,61	63,18	4,48	2,83

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000050230040	CAT	05/05/2020	19.124,00	02/06/2020	19.204,00	28	1,00000	0,00	80,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do melo no 32.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.035/0001-64
 INSC. EST. Nº 16.1.001.0014308-2

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - N.º 00931 - LOJA-5 - CENTRO
 ABREU E LIMA PE 53525-790

INSCRIÇÃO DO CLIENTE: **103668667** Matrícula: **103668667** Abr/2020
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
 R JOAQUIM HABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

ESP. DE AGUA	SITUAÇÃO DE CÔTIDO	INDICADOR	INDICADOR	INDICADOR
RESIDENCIAL	POTENCIAL	1	1	1
IMPONIBILIZADO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TÉCNICA DE CONSUMO (LIT)	
A175224252	31/03/2020	29/04/2020	MÉDIA HD	

AGUA:
 LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
 LEIT ATU: 5
 LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGIS
03/2020	01	48	48	46
02/2020	01	48	48	41
01/2020	01	48	48	48
12/2019	01	48	48	48
11/2019	01	48	48	47
10/2019	01	48	48	48
MÉDIA:	01	48	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	44,08
CONSUMO DE ÁGUA COMERCIAL 1 UNIDADE(S)	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE MORA 12/2019		2,16

TRIBUTO	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO DE RENDIMENTO	108,92	1,65	1,80
IMPOSTO DE RENDIMENTO	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: **15/05/2020** TOTAL A PAGAR: **113,29**

MENSAGEM:
 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,50. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

IMPRESSO EM: 29/04/2020 11:45:17



Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima FABIO SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80, 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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 30 de Junho de 2020

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 26/10/2019 10:19



Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/10/2019 10:31 - 26/10/2019 10:36

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORRÊIA COM HISTÓRIA DE FRATURA DE ESCALÔIDE DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA. SENHA 5801276

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.10 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local: Farmácia

Enfermagem

FATURADO
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/10/2019 10:36

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Senha da Classificação: [REDACTED]

Atendimento: 501191

Data e Hora: 26/10/2019 10:40

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12348

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Endereço: RUA NOVA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Cidade/UF: GOIANA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

DORES NA VENTRE DA ESQUERDA HÁ 2 DIAS

Exame Físico

PA 120/80, FC 70, RR 12, S.O. NEG.

Hipótese Diagnóstica

MI - 120/80

Prescrição Médica

D. 1500 mg

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para _____

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha: _____



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 501191 Prontuário: 116466 SAME: 103520 Hora Atend: 10:40 Data Atend:26/10/2019
Paciente..... : FABIO SILVA FERREIRA Idade: 32 a
Endereço..... : RUA NOVA
Bairro..... : TEJUCOPAPO UF.: PE CEP: 55900000
Cidade..... : GOIANA Plano...: PLANO UNICO
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA Hora Saída : 11:00
Data Saída..... : 26/10/2019

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
RETORNOU AO SERVIÇO DE ORIGEM

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 13:32

 Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/10/2019 14:16 - 28/10/2019 14:22

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: DOR NO PUNHO DIREITO.
Observação: PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORREIA COM SENHA: 5803212. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

RECEBIDA
NÉPH-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim Não (X)

Local

Fernanda Nascimento

Enfermeiro

COREN-PE 273647

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 14:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 501455

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 28/10/2019 14:39

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 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: TEJUCOPO
 Cidade/UF: GOIANA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

VITIMA DE QUILTA DE MOTO...
COM FRATURA DE MÃO (1ª).
FRATURA DE COTOVELO.

Exame Físico

CONSULTA ORTOPEDIA...
M.S.D. - SUP. FEMORAL...

Hipotese Diagnostico

FX EQUICOLA L.

Prescrição Médica

INJEÇÃO...
[Handwritten notes and lines]

Assinatura e Carimbo/Médico

[Handwritten signature and stamp]

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

5

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário	116466
5 - Nome do Paciente	FABIO SILVA FERREIRA		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
705002817241350	11/11/1986	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	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	IGNORADO		
14 - Telefone de Contato	992683114		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA NOVA, 108 - TEJUCO PAPO	260620	PE	55900000
Município	GOIANA		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 8 DIAS COM TRAUMA EM MAO DIREITA EVOLUI COM DOR E EDEMA EM REGIAO TENAR NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
 ANAMNESE POSITIVA PARA A PISTONAGEM DE POLEGAR WATSON POSITIVO

21 - Condições que justificam a internação	CITADAS ACIMA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FISICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO D	S620	W199	040509000
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		
28 - Código do Procedimento	0415020069		

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	28/10/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO		52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
	Adenilton Traumatologia / Ortopedia CRM 20811 TEOT: 15666	

AIH
 261910223013-0

Código do Laudo: 501455





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **501671**

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

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **FABIO SILVA FERREIRA** Prontuário: 116466
 Idade: 32a 11m 19d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/11/1986
 Profissão: _____ Escolaridade: _____
 R.G.: _____ C.P.F.: 08226021480 Telefone: 992683114 CEP 55900000
 Endereço: RUA NOVA, 108 - TEJUCOPAPO - GOIANA - PE

Dados da Internação
 Data e Hora da Internação: 29/10/2019 14:39
 Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-18
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____
 Endereço: _____ Número: _____
 Cidade: _____ Estado civil: _____

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/11/19 Hora da Alta: _____ : _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

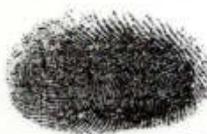
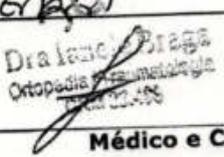
Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura de Escápula Direita

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Medicamento.....: RAM e paracetamol de Herbol

 
 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 _____ de _____

FABIO SILVA FERREIRA
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Atendimento: 501671
Dt Atendimento: 29/10/2019 - 14:39
Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA
Dt Alta: 11/11/2019 - 16:13

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
CID:
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: ALYNEKLB

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

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

NOME **Fábio Silva Ferreira**



FEIÇÃO
Eleser Rodrigues Ferreira
Djanira Maria da Silva Ferreira

NATURALIDADE Goliana - PE
DATA NASCIMENTO 11/11/1986 ÓRGÃO EXPEDIDOR SDS/PE
DIREÇÃO

Fábio Silva Ferreira
Assinatura do Identificado

CA RTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.016 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 7.470.882 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/01/2020

REGISTRO CIVIL
Matr.: 077412.01.55.1988.1.00026.013.0028324.45 Goliana - PE 03/12/2019

CPF 081.250.214-90 ONI

T. ELEITOR CTPS SERIE UF

INS/PS/INSEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CIO

Pablo de Araújo
Pablo de Araújo, Tenente de Polícia
Número de 078/92

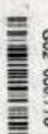
EC-02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL




101441070








Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **082.260.214-80**

Nome: **FABIO SILVA FERREIRA**

Data de Nascimento: **11/11/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:47:30** do dia **29/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **55F6.BF8F.9C7A.1FAA**



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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014486522105
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 484420828 R.N.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

MARLUCE SOARES DA COSTA

ITAOQUITINGA-PE

019.878.184-90 PLACA PFR3128

*****/PE CHASSI 9C2KC1680CR465464

PAS /MOTOCICLETA ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL ALCO/ GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI MARCA / MODELO ANO/MOD 2012 2012

2E/149CL CAP / POT / CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

I COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1* *****

P IPVA 2019 QUITADO PARCELAMENTO / COTAS 2* *****

V FAIXA IPVA ***** 3* *****

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

SEGURO FAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ITAOQUITINGA-PE LOCAL DO REGISTRO DATA 12/01/19

Marcos Antônio de Souza Cordeiro Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE

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

PE Nº 014486522105 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARLUCE SOARES DA COSTA 55950-000

CASA ITAOQUITINGA-PE

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

www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/01/19

CPF / CNPJ 019.878.184-90 PLACA PFR3128

RENAVAM 484420828 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO/FAB 2012 CUL/USF 09 Nº CHASSI 9C2KC1680CR465464

PRÊMIO TARIFÁRIO

FINB (R\$) DENEXTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇOS SEGURADO (R\$)

SEGURO FAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. ELE É O SEU BILHETE OBRIGATORIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232665 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: FABIO SILVA FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MARCELEIRO
Identidade: 7.470.882 - SDS/PE CPF: 088.260.234-80
Endereço: RUA NOVA, Nº 108, CASA-A, CENTRO, GOIANDA-PE,
CEP= 55.900-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 26/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 28/06/2020
Local e data

* Fabio Silva Ferreira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

