

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

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200425839 **Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA**

Data do Acidente: 28/08/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO CARLOS 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 um dos membros superiores 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: RICARDO CARLOS FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000648

Conta: 000000163377-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 030.983.064-83 R. Ricardo Carlos 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: 6 - CPF: 030.983.064-83
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 87
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 54800-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: RECUSO INFORMAR SEM RENDA ACIMA DE R\$5.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 064813 CONTA: 00163377 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou remédio, e ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 - INVALIDEZ PERMANENTE DEATH VITIMAS VITIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

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

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

38 - 1º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 25 de Novembro, 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0111001073

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/10/2020** às
15:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **28/8/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA LUIZ GONZAGA, 1 - Bairro: RECIPE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 56170-421 - Ponto de Intermediação: PROXIMO AO HOSPITAL PELOPEDAS DA SILVEIRA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RICARDO CARLOS FERREIRA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a)
Sr(a): RICARDO CARLOS FERREIRA**

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

RICARDO CARLOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **MARIA DAS GRACIAS FERREIRA** Pai: **MANOEL CARLOS FERREIRA** Data de Nascimento: **11/6/1977**
Naturalidade: **JABOTACAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9261164/SSP/PE (RG), 93888386483 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Telefones Celulares: **- 986922678**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MORENO, 87, RUA LUIZ FERRAZ - CONCEICAO - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO ARMAZEM DE JOAO DA GRADE**
Endereço Comercial: **RUA RIO TEJIPIO, 258 - CEP: 56000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIPE/PERNAMBUCO/BRASIL, FIRMA HNR GESTAO ENGENHARIA E SERVICO**

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RICARDO CARLOS FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO CARLOS FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: QTD2622 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 121238812 Chassi: 8C2ND1138MR888624
Ano Fabricação/Modelo: 2019/2018 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR RICARDO CARLOS FERREIRA, COMUNICANDO QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA NO DIA 28/08/2020 POR VOLTA DAS 18:00HS. PELA BR. LUIZ GONZAGA (ANTIGA BR. 232) PROXIMO AO HOSPITAL PELOPEDAS DAS SILVEIRA, RECIFE - PE., QUANDO DE REPENTE A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE E A VITIMA FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - RECIFE - PE., PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, NO DIA 29/08/2020 FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL HARMINDO MOURA MORENO - PE., ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO, PELO EXPOSTO A MESMO COMUNICOU O FATO A DP. LOCAL, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Ricardo Carlos Ferreira
RICARDO CARLOS FERREIRA
(VITIMA)

RBSP

B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: 381828-3
(Liberado em 21/10/2020 às 16:35)

BOLETO DE DELEGACIA DE POLICIA
21/10/2020

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 030.983.064-83 R. Ricardo Carlos 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: 6 - CPF: 030.983.064-83
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 87
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 54800-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 - NÚMERO DA CONTA: 22 - NÚMERO DA CONTA: 23 - NÚMERO DA CONTA:

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos acima. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 064813 CONTA: 00163377 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resumida diretoria de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos: Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):
 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 25 de Novembro, 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2528.000
EM: 11.09.2020

Atendendo ao requerimento do Sr. RICARDO CARLOS FERREIRA, RG: 5261164 – SSP/PE, CPF: 030.983.064-83, consta em nossos arquivos à ocorrência de Nº S 863842, do dia 28 de agosto de 2020, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 19h 10min vítima da queda de moto. O acidente aconteceu na BR 232 s/n sentido Recife próximo ao Hospital Peiopidas – Moreno – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Octávio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de outubro de 2020.


Dr. Paula Marinho
Coordenadora Geral, Mat. 911742
Sect. Da Saúde – SAMU - 192
Jaboatão dos Guararapes - PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO CARLOS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000163377-0

Nr. da Autenticação BF8521F6EA1FF345

CTC RECIFE PE PL3
RICARDO CARLOS FERREIRA
RUA LUIZ FERRAZ 87
NOSSA SRA CONCEICAO
54800-000 - MORENO - PE

FATURA DE
03/06/2020
401707224406

VENIMENTO
Entrega em 06/11/2020
Período de 03/01/2020 a 03/01/2020

HAGAH PG



www.ctc.com.br/minha

CTC RECIFE PE PL3
RICARDO CARLOS FERREIRA
RUA LUIZ FERRAZ 87
NOSSA SRA CONCEICAO
54800-000 - MORENO - PE



AD: 00011030

7200039896 00000 0000000000 10 051120

CTC RECIFE PE PL3
RUA LUIZ FERRAZ 87
NOSSA SRA CONCEICAO
54800-000 - MORENO - PE

A OI CRIOU UMA
LOJA ONLINE
TODA SUA.

www.oi.com.br/criouuma

www.oi.com.br/criouuma

CPF: 030.383.084-83
NÚMERO DO CREDITE: 2358387679
NÚMERO DA FATURA: 576389626
Nº PARA CÉRTO AUTOMÁTICO: 401707224406

CÓDIGO MINHA OI

www.oi.com.br/minha

www.oi.com.br/minha

www.oi.com.br/minha

PERÍODO	VALOR
Nov 2020	54,85
Out 2020	54,85
Set 2020	54,85
Ago 2020	54,85
Jul 2020	54,85
Jun 2020	54,85

Até o dia 25 de cada mês é o vencimento da Fatura. O valor da sua fatura não é fixo, mas varia de mês para mês. Suspensão do serviço: Período de 10 dias após envio da 1ª notificação e termos 30 dias. Suspensão Total: Durante o período de Suspensão Total, a execução de seu serviço será interrompida normalmente de acordo com os serviços contratados, para que continue a receber sua renda. Cancelamento e cancelar sua obrigação de Pagamento ao Crédito (SPC/Sucess): 10 dias após a suspensão Total.

CLIENTE	FATURA DE	VENIMENTO	VALOR
RICARDO CARLOS FERREIRA	03/06/2020	10/11/2020	54,85

DEBAG AUTOMÁTICO
401707224406

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50000-402
CNPJ 10.836.932/0001-66
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



CELPE
www.celpe.com.br

**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 118**
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos**
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE GISELLE VALENCA DE MEDEIROS CPF: 833.349.034-91	DATA DE VENCIMENTO 31/03/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/03/2020	CONTA CONTRATO 002525983016
ENDERÉCÓ DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA FRANCISCO ALVES 105 -PR AP-164 COND EDFR SIGMA TRADE CENTER RJHA DO LEITE/RECIFE 50070-480 RECIFE PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 190,55	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/03/2020	Nº DO CLIENTE 2001355349
CLASSIFICAÇÃO B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES Monofásico			Nº DA INSTALAÇÃO 6002893186
RESERVADO AO FISCO 9389.3200.ECFE.6DD8.3374.8BE4.87DA.91BF			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
Pague no ponto mais perto de você! ag correia forum ruy barbosa: avenida advogado jesus paulo cavalcanti linda joena barreira / unifam: avenida lime parfit b6 vista lata completa em www.calpa.com.br . ² Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.unifam.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão da fornecimento. Pague, em atraso, gera multa 2% (Res-114/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo. mais O Cliente é compensado quando há desacumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
		220	202
			231

PERMANENT INK

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	03/2020	190,55	31/03/2020	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora óptica.</p>

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

ANTENNA CARD MECANICA

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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E NESSEGURO. 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 Giselle Valenca de Medeiros
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ricardo Carlos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.064.83,
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ricardo Carlos Ferreira
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.064.83, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Francisco Valveres</u>	Número:	<u>105</u>	Complemento:	<u>104</u>
Bairro:	<u>Alma do Leite</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	
				Tei.(DDD):	

Local e Data: Recife, 25 de Novembro, 2020



Assinatura do Declarante

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 28/08/2020 19:12

Nome Paciente:	RICARDO CARLOS FERREIRA
Cód. Paciente:	1116496
Data de Nascimento:	11/06/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	140066
Convênio:	2 - SUS - AMBULATÓRIO
Atendimento:	3489378
SAME:	1116496

Período: 28/08/2020 19:15 - 28/08/2020 19:15

MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	LARANJA - MUITO URGENTE
Cor:	LARANJA
Qualificação:	ACADEMICO PELA SAMU APÓS QUESDA DE MOTO. NESTA QUESDA DEU VOMITOS. TRAUMA DA MESA
1. Sintoma/sintomas:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
2. Exames:	ODOR DE SEU
3. Subespecialidade:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
4. Unidades:	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidades validas: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Assinado(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 28/08/2020 19:15

Ident: 1116486 - RICARDO CARLOS FERREIRA

Idade: 43 Anos 3 Meses 17 Dias

a de Nascimento: 11/05/1977

Médico Assistente: EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR

Setor / Número Cons.: CRM - null - 17475

Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Endereço: 3489378

Leito:

Admissão: 28/08/2020 19:12

Número: SUS - AMBULATÓRIO

Plano: PLANO ÚNICO

GLUÇAO: 977812 (FECHADO)

Responsável: GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM 15896 / Setor: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

29/08/2020

Data/Hora do Documento:

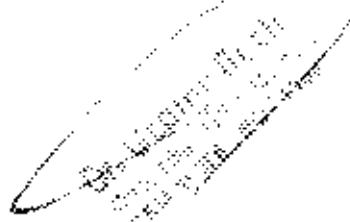
29/08/2020 00:43

PACIENTE INTERNADO PARA TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO E
OLOS SEM INTERCORRÊNCIAS

GUARDA VAGA NA ELETIVA

GEORGE ROCHA FERREIRA

CRM 15896





Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
CGU 39.794.975/001-56

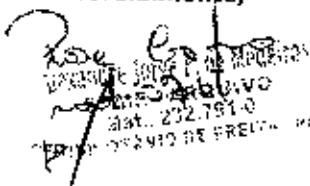


DECLARAÇÃO

Recife, 02 de Setembro de 2020

Declaramo para os devidos fins que o Sr. **RICARDO CARLOS FERREIRA**, filho de Maria das Graças Ferreira, Prontuário Médico nº 1116496, esteve internado na Clínica de Traumato/ortopedia Posto Ienf. 02 feito 01 nesta Unidade de Saúde, admitido no dia 28/08/20 às 19h12min. Transferido para o Hospital Armindo Moura no dia 30/08/20.

Cordialmente,


Rose Lopes
Assistente Social
HOF
Assist. 232.791-0
E-mail: 092910 DE FREITAS PE
Fone: 81-3182-8598

As informações contidas neste documento foram transcritas do Sistema de Admissão de Pacientes, não do Médico Assistente e sim do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento/internamento hospitalar para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, segundo a recomendação Nº 04/2002 DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Sancho – Recife - PE CEP 50.920-640
Fone: 81 - 3182 - 8598

Atendimento: 348139 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 01/09/2020 Hora: 13:30
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706102895303740

Paciente:	37142 RICARDO CARLOS FERREIRA	Sexo:	MASCULINO	Cor: PARD
Nascimento:	11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)	Estado Civil:	CASADO	
Endereço:	RUA IDAILZA TOME DE LIMA	C.P.F.:	03098306483	
Bairro:	NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	Identidade:	5261194 - SSP - PE	
Cidade:	2609402 MORENO	Telefone:	/ 9869866575	
Pai:	MANOEL CARLOS FERREIRA	G.Instrução:		
Mãe:	MARIA DAS GRACAS FERREIRA	Ocupação:	ALMOXARIFE	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	JABOATAO DOS GUARARAPES	

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 31/08/2020 - 17:16

Descrição Cirúrgica (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

FRATURA DIAFISARIA DE UMERO ESQUERDO

CID: S42.3

CIRURGIA REALIZADA

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO ESQUERDO
EM 31/08/2020**

MEDICO CIRURGICO

Dr. RENATO BELLO COSTA

ORIENTACOES

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 10 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; MANTER MEMBRO OPERADO IMOBILIZADO
- 4 - RETORNAR DIA 15/09/2020 AS 7 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR A NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/09/2020 15:33

Atendimento: 348138 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 01/09/2020 Hora: 13:30
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente:	37142 RICARDO CARLOS FERREIRA	Sexo:	MASCULINO	Cor: PARDA
Nascimento:	11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)	Estado Civil:	CASADO	
Endereço:	RUA IDAILZA TOME DE LIMA	C.P.F.:	03098306483	
Bairro:	NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	Identidade:	5261194 - SSP - PE	
Cidade:	2609402 MORENO	Telefone:	/ 986966675	
Pai:	MANOEL CARLOS FERREIRA	G.Instrução:		
Mae:	MARIA DAS GRACAS FERREIRA	Ocupação:	ALMOXARIFE	
Nacionalidade:	BRASIL	Naturalidade:	JABOATAO DOS GUARARAPES	

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 31/08/2020 - 13:48

Descrição Cirúrgica (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Atesto para os devidos fins que **RICARDO CARLOS FERREIRA** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
 Necessitando de 30 (TRINTA) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
 Como acompanhante.
 Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Atendimento: 348139 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: Hora:
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente: 37142 RICARDO CARLOS FERREIRA
Nascimento: 11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)
Endereço: RUA IDAILZA TOME DE LIMA
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: MANOEL CARLOS FERREIRA
Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986986575
G.Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 01/09/2020 - 08:06

EVOLUÇÃO (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 30/08/2020
DATA DA ALTA: 01/09/2020

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:
EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 31/08/2020 - 17:16

Descrição Cirúrgica (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Descrição Cirúrgica

Equipe:

Cirurgião: RENATO BELLO COSTA - CRM : 17755

Aux 1:

Anestesista: DIANA RAMOS

Instrumentador: EDER AGUIAR

Hospital: Memorial - João Montral
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
Fone: (81) 3675-2013
Cama: Cama 01
Cidade: Campina Grande-PB

Diagnóstico Pré-Operatório**FRATURA DE UMERO ESQUERDO****Cirurgia Realizada****TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO + TENOPLASTIA BRAQUIAL + TENOLISE DE BICEPS****Diagnóstico Pós-Operatório****O mesmo****Acidentes****Não houve****Descrição**

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SÓB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO EM FACE ANTERO-LATERAL DE UMERO DIREITO
- 4- DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM TENOLISE DE BICEPS
- 5- REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA MELHOR POSSIVEL + FIXAÇÃO PLACA 4,5 ESTREITA + 8 PARAFUSOS CORTICais COM COMPRESSÃO INTERFRAGMENTARIA
- 6- LIMPEZA COM SF 0,9% + HEMOSTASIA
- 7- REALIZADA TENOPLASTIA DE BRAQUIAL
- 8- FECHAMENTO POR PLANOS APOS VISUALIZAÇÃO DE BOA REDUÇÃO EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 9- CURATIVO TIPO JONES + TIPOIA

Materiais Prostéticos

Data: 30/08/2020 09:21

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

SOLICITO:

ECG
 PARECER CARDIOLÓGICO

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

30/08/2020

Data: 30/08/2020 09:19

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

Hospital Memorial
 SA/MS
 Serviço de Arquivo Memorial Estatístico
 Fone: (81) 3011-9743
 Atend. Dr. Cesar C. G. da Cunha

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO
DOENÇAS DE BASE:	NEGA

MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	28/08/2020
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE/NEUROVASCULAR	BOAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SES (<input type="checkbox"/>) DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RNM / TAC <input checked="" type="checkbox"/> RADIOGRAFIAS	
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: (<input type="checkbox"/>) COXA (<input type="checkbox"/>) JOELHO (<input type="checkbox"/>) PERNAS (<input type="checkbox"/>) TORNOCÉLLO (<input type="checkbox"/>) ANTEBRAÇO (<input checked="" type="checkbox"/>) BRAÇO (<input type="checkbox"/>) PUNHO	
TALA: (<input type="checkbox"/>) COXOPODÁLICA (<input type="checkbox"/>) BOTA (<input checked="" type="checkbox"/>) PINÇA DE CONFEITEIRO	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;	
(X) PARECER CARDIOLÓGICO	

Arquivo Mammário - UFRN
 S.A. 100
 Serviço de Arquivo Mammário e Estatística
 Fone: (81) 3393-2013
 E-mail: arquivo.mammario@ufrn.br



SESFUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS N° REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

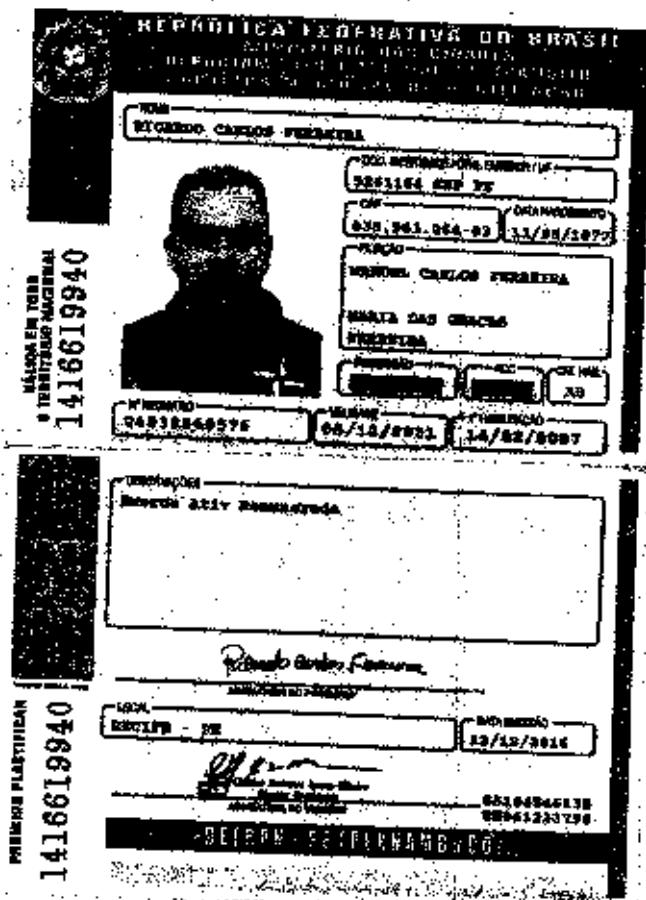
NOME: _____

CLINICA

ENF •

LEITO:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

WILHELM HESSE

GENOTRON

DETAN - PE. N° 015747843/00
CERTIFCADO DE REGISTRO E VIGÊNCIA

www.sagittariusbiller.com.br
SAC DIAVAT 0800 022 1204

PSS / PROTEC LIMA		COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL.	
MARCH / AGOSTO			
HONDA / ATALA 3000 ALER			
CAP / PON / OLA	CATEGORIA	ANO PSS	ANO MOD.
2P / 291CL	2ARTIC	2013	2013
	ODS PESO/VELOC.		
	VELOC.		

111

100 / 2011

DESENHO DE GUERRA O BILHETE OFICIAL
QUE VOU LHE ENVIAR.

THE JOURNAL OF

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338622/20

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF: 030.983.064-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2020

RICARDO CARLOS FERREIRA

Seguradora: INVESTITREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

RICARDO CARLOS FERREIRA : 030.983.064-83

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: 25/11/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: Ricardo Carlos Ferreira
brasileiro (a), estado civil: Casado, profissão: Almoxarife
RG nº 5261164 SSP/PE CPF/MF nº 030.983.064-83, com
endereço residencial na Rua Luiz Fernaz, 87, Nossa
Sra Conceição, Moxim - PE. CEP 54800-000

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Ilha do Leite, Recife - PE.

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório - DPVAT.

Recife, 25 de Novembro de 2020.

Ricardo Carlos Ferreira
outorgante

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338622/20

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF: 030.983.064-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2020

Titular do CPF: RICARDO CARLOS FERREIRA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

RICARDO CARLOS FERREIRA : 030.983.064-83

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: 25/11/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425839 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA **Data do acidente:** 28/08/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P3/ P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50