

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, 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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 - Banco: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 064803 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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima deixou filhos? 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 28 - Vítima deixou pais/avós vivos? 29 - Se tinha pais/avós vivos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? 31 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 32 - Vítima deixou outros parentes? 33 - Se tinha outros parentes, informar Vivos: Falecidos:

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

34

Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 25 de Outubro, 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001073

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA LUIZ GONZAGA, 1 - Bairro:**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50870-421 - Ponto de Referência:
PROXIMO AO HOSPITAL DELOPEDAS DA SILVEIRA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RICARDO CARLOS FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 Mãe: MARIA
DAS GRACAS FERREIRA Pai: MANOEL CARLOS FERREIRA Data de Nascimento: 11/04/1977
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
5261164/SSP/PE (RG). 93888386483 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: ALMOXARIFE Telefones Celulares:
- 986926678

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MORENO, 17, RUA LUIZ FERRAZ - CONCEICAO - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO
ARMAZEM DE JOAO DA GRADE
Endereço Comercial: RUA RIO TEJUPÍ, 288 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, FIRMA HNR GESTAO ENGENHARIA E SERVICO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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/XRE200 Objeto apreendido: Não

Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

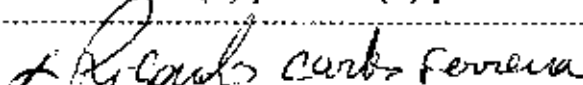
Placa: **QYD2622** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **121238012** Chassi: **9C2ND1138MR88824**

Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **ALCOOL/ASOL**

Complemento / Observação

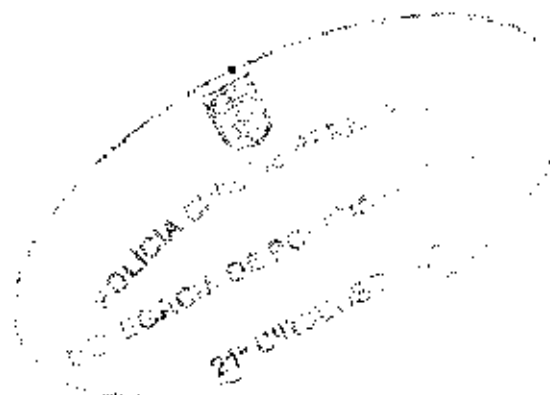
COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR RICARDO CARLOS FERREIRA, COMUNICANDO QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA NO DIA 28/08/2020 POR VOLTA DAS 18:00HS. PELA BR. LUIZ GONZAGA (ANTIGA BR. 222) PROXIMO AO HOSPITAL PELOPEDAS DAS SILVEIRA, RECIFE - PE., QUANDO DE REPENTE A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE O 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
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **381028-3**
(Liberado em 21/10/2020 às 18:35)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 - Banco: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0648013 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, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

26 - Vítima deixou filhos, informar Vivos: 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: 28 - Vítima deixou pais/avós vivos? 29 - Vítima deixou irmãos, informar Vivos: 30 - Vítima deixou pais/avós vivos? 31 - Vítima deixou irmãos, informar Vivos: 32 - Vítima deixou pais/avós vivos? 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

Assinatura legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 25 de Outubro, 2020.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 a 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 de queda de moto. O acidente aconteceu na BR 232 s/n sentido Recife próximo ao Hospital Pelopidas - Moreno - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Otavio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de outubro de 2020.


Fábio Mariano,
Coordenador Geral, Mat. 911742
Secr. De 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

FATURA DE

VENCIMENTO

PÁG. 48 (PS)

CHESSE SUA FATURA DA OI
Acesse www.oimovel.com.br/minhaOI

CÓDIGO MINHA OI
401707224406

Então, em 06/11/2020
Período de 03/10/2020 a 03/11/2020



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



AD: 00011030

COMO MINHA OI
A OI CRIOU UMA
LOJA ONLINE
TODA SUA.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MÓVEL

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES

54,85

TOTAL DA SUA FATURA

54,85

CPF: 030.993.064-83
NÚMERO DO CLIENTE: 2358367979
NÚMERO DA FATURA: 576391626
Nº PARA CÉDITO AUTOMÁTICO: 401707224406

CÓDIGO MINHA OI

O valor da sua fatura por faturas, meses:

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

Fique atento! Fique na pagamento em dia e evite Cobrança de Multa de 2% e Juros de 1% ao mês, pro rate dia. Suspensão do serviço Parcial: 15 dias após envio de 1ª notificação e, sem mais, 30 dias. Suspensão Total: Durante o período de Recuperação Parcial, a assinatura do seu plano será cobrada normalmente de acordo com as regras contratuais, para que continue a receber benefícios. Cancelamento e inclusão nos órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa) 10 dias após a Suspensão Total.

CLIENTE	FATURA DE	VENCIMENTO	VALOR
RICARDO CARLOS FERREIRA	NÚM. 0000	10/11/2020	54,85

DEBITO AUTOMÁTICO
401707224406

OI MÓVEL S.A.

Endereço: Rua Luiz Ferraz, 87
Nossa Senhora Conceição
54800-000 - Moreno - PE
Fone: (0800) 11 9999
E-mail: atendimento@oimovel.com.br

OI MÓVEL S.A.

Endereço: Rua Luiz Ferraz, 87
Nossa Senhora Conceição
54800-000 - Moreno - PE
Fone: (0800) 11 9999
E-mail: atendimento@oimovel.com.br

84840600300-2 54850113235-9 91575790576-4 39162600100-5



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 0005943-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | 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 Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

GISELE VALENCA DE MEDEIROS

CPF: 833.349.034-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FRANCISCO ALVES 185 - PR AP-184
COND EDPR SIGMA TRADE CENTERRUA DO LEITE/RECIFE
50070-480 RECIFE 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

31/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

190,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL

101050686

CONTA CONTRATO

002525983016

Nº DO CLIENTE

2001355389

Nº DA INSTALAÇÃO

8002893186

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9389.3200.ECFE.6DD8.3374.8BE4.87DA.91BF

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	196,00	0,43137188	84,54
Consumo Ativo(kWh)-TE	196,00	0,36280179	71,19
Contrib. Rum. Públicas Municipais			31,00
Multa por atraso-NF 097163786 - 14/02/20			3,46
Juros por atraso-NF 097163786 - 14/02/20			9,34
TOTAL DA FATURA			190,55

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
159,64	25,00	39,91	159,64	1,04	1,66	159,64	4,79	7,65

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				

MCS1874 CAT 14/02/2020 54.415,00 17/03/2020 54.611,00 32 1,00000 0,00 196,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AJUSTADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jan/2020					
DIC-Mo. de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	25,06	52,17	104,34
FIC-Mo. de horas sem Energia		0,00	3,41	6,22	12,45
OMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	12,37	0,00	0,00
OCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,37
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 60,48					
Todo Consumidor pode solicitar suspensão dos Indicadores DIC, FIC, OMC e OCR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ou comparel forum ruy barbosa: advogado jose paulo cavalcanti lima
Joana bazarrá / unifam: avenida lima pauli boa vista. Leia completa em www.celpe.com.br.
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.

NÍVEL DE TENSÃO

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Giselle Valença 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 Invalidos 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 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: Rua Francisco Alves

Número: 105

Complemento: 104

Bairro: Ilha do Leite

Cidade: Recife

Estado: PE

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Local e Data: Recife, 25 de Novembro, 2020




Assinatura do Declarante

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

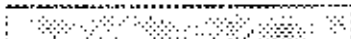
Data e hora retirada da senha: 28/08/2020 19:12

Nome Paciente:	RICARDO CARLOS FERREIRA
Cód. Paciente:	1115496
Data de Nascimento:	11/08/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	1A0056
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1409378 
SAME:	1115496

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

Cod:  LARANJA

Queixa Principal: SOCOBIDO PELO SANGUE APÓS QUEDA DE MOTO.
NEM DESMAIO E COM VÔMITOS.
TRAUMA IMEDIATO

Exame físico: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Exames complementares: CODORINTENSA

Indicação: ORIENTE A TRAUMATOLOGIA

Exames realizados: REXE - 19/08/2020

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

Data Impressão: 28/08/2020 19:15

Paciente: 1118496 - RICARDO CARLOS FERREIRA

Idade: 43 Anos 3 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 11/05/1977

Médico Assistente: EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR

Registro / Número Cons.: CRM - null - 17475

Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Exame: 3489378

Leito:

Admissão: 28/08/2020 19:12

Ambulatório: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Evolução: 977812 (FECHADO)

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

Data de Referência:

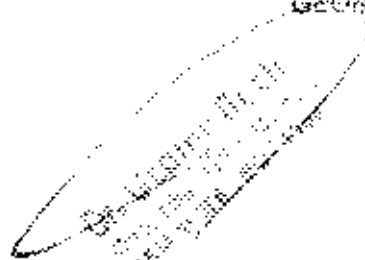
29/08/2020

Data/Hora do Documento:

29/08/2020 00:43

DOENTE INTERNADO PARA TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DE ÚMERO E
CLUI SEM INTERCORRÊNCIAS
GUARDA VAGA NA ELETIVA

GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896



1001/2020

Relatório de Evolução de Ricardo Carlos Ferreira

Em 28/08/2020, às 19h12, foi realizada a admissão do paciente Ricardo Carlos Ferreira, 43 anos, 3 meses e 17 dias, com diagnóstico de fratura da diáfise do úmero direito, em atendimento de urgência. O paciente foi admitido no Hospital de Base do Estado de São Paulo, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, sob a responsabilidade do Dr. George Rocha Ferreira, CRM 15896. O paciente apresenta queixa de dor no membro superior direito, com limitação de movimento e edema local. Foi realizada a radiografia de urgência, que evidenciou a presença de fratura da diáfise do úmero direito. O paciente foi submetido à cirurgia de urgência, com redução e fixação da fratura com placa e parafusos. O pós-operatório foi satisfatório, com controle da dor e ausência de complicações. O paciente foi encaminhado para o Serviço de Fisioterapia para iniciar o tratamento de reabilitação.

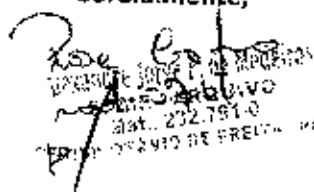
Assinado digitalmente por GEORGE ROCHA FERREIRA em 29/08/2020 00:43:43

DECLARAÇÃO

Recife, 02 de Setembro de 2020

Declaramos para os devidos fins que o Sr. RICARDO CARLOS FERREIRA, filho de Maria das Graças Ferreira, Prontuário Médico nº1116496, esteve internado na Clínica de Traumatologia/Ortopedia Posto IenF. 02 leito 01 nesta Unidade de Saúde, admitido no dia 28/08/20 às 19h12min. Transferido para o Hospital Armino Moura no dia 30/08/20.

Cordialmente,


RICARDO CARLOS FERREIRA
Médico Assistente
CGL 39.794.973/001-56

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 a 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.

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

Saida: 01/09/2020 Hora: 13:30
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: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986986575
G.Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

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

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

HD:

FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS ESQUERDO

CID: S42.3

CIRURGIA REALIZADA

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEROS ESQUERDO
EM 31/08/2020**

MÉDICO CIRURGIÃO

Dr. RENATO BELLO COSTA

ORIENTAÇÕES

- 1- CEFALLEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 10 DIAS;**
- 2 - DAPIRONA 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.

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
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: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986866575
G.Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

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

DESCRIÇÃO CIRURGICA (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).
- (X) 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.

HOSPITAL ARMINDO MOURA**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente****Emissão: 01/09/2020 14:33**

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

Saida: Hora:
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente: 37142 RICARDO CARLOS FERREIRA
Nascimento: 11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)
Endereco: 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: PARDA
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 CIRURGICA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)****DESCRIÇÃO CIRURGICA****Equipe:**

Cirurgião: RENATO BELLO COSTA - CRM : 17755

Aux 1:

Anestesista: DIANA RAMOS

Instrumentador: EDER AGUIAR

Hospital Memorial Armindo Moura
SAMÉ
Serviço de Arquivo Médico e Estatísticos
Fone: (81) 3525-2013
Rua Campesin, S/N - Jaboatão - PE

Diagnóstico Pré-Operatório**FRATURA DE UMEROS ESQUERDO****Cirurgia Realizada****TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMEROS + TENOPLASTIA BRAQUIAL + TENOLISE DE BICEPS****Diagnóstico Pós-Operatório**

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO EM FACE ANTERO-LATERAL DE UMEROS DIREITO
- 4- DIVULSÃO 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 Prosmad

Em: 30/08/2020 09:21

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

SOLICITO:

(X) ECG

(X) PARECER CARDIOLÓGICO

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

30/08/2020

Em: 30/08/2020 09:19

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

FICHA DE ADMISSÃO

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

Hospital Memorial - São Paulo
SAM-01
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3011-0111
At. Clín. Geral: 3011-0111

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

Hospital Memorial de Curitiba
 Sala:
 Serviço de Arquivo Médico e Estatística
 Fone: (81) 3337 2213
 Rua: Francisco de Paula, 1000 - Curitiba



Nº REGISTRÕ:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

003-HGOF

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 GISELE VALENCA DE MEDEIROS

DOC. IDENTIFIC. (OUT. EMISSÃO) / UF
 2874273 SEP PE

CN
 639.249.034-91

DATA NASCIMENTO
 20/10/1966

PLACÃO
 SOLOM DE MEDEIROS
 FILHO
 MIRIAM VALENCA DE
 MEDEIROS

PERMISSÃO
 ACC
 CAC NRE
 2

VALIDADE
 28/10/2016

P. HABILITAÇÃO
 12/11/1985

P. PROFISSIONAL
 03961614101

OBSERVAÇÕES
 sem observações

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 31/10/2011

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

18543471121
 28043470238

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 473953700

PROFISSIONAL PLATIFICAR
 473953700

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA GUERRA
 DEPARTAMENTO DE DEFESA CIVIL
 COMISSÃO DE DEFESA CIVIL - CDDC

NOME
 RICARDO CARLOS FERREIRA



DATA DE NASCIMENTO / M / A
 22/11/44 22/11

CPF
 638.961.864-03 11/22/1972

PROFISSÃO
 MATEMÁTICO

ENDEREÇO
 AV. DAS BRASILEIRAS

CIDADE
 RIO DE JANEIRO

ESTADO
 RJ

IDENTIFICAÇÃO
 2438269576 06/12/2011 14/02/2007

Observações
 Nenhuma atividade demonstrada

Ricardo Carlos Ferreira

LOCAL
 RIO DE JANEIRO - RJ

DATA
 22/12/2014

[Signature]

02164845138
 02164845138

DEPARTAMENTO DE DEFESA CIVIL

ALGUNA EM 1988
 1416619940

PREMIUM PLASTIFICADA
 1416619940

1049562 *Erigeron* 1356 1937 1945 1951 1957 1963 1969 1975 1981 1987 1993 1999 2005 2011 2017 2023 2029 2035 2041 2047 2053 2059 2065 2071 2077 2083 2089 2095 2101 2107 2113 2119 2125 2131 2137 2143 2149 2155 2161 2167 2173 2179 2185 2191 2197 2203 2209 2215 2221 2227 2233 2239 2245 2251 2257 2263 2269 2275 2281 2287 2293 2299 2305 2311 2317 2323 2329 2335 2341 2347 2353 2359 2365 2371 2377 2383 2389 2395 2401 2407 2413 2419 2425 2431 2437 2443 2449 2455 2461 2467 2473 2479 2485 2491 2497 2503 2509 2515 2521 2527 2533 2539 2545 2551 2557 2563 2569 2575 2581 2587 2593 2599 2605 2611 2617 2623 2629 2635 2641 2647 2653 2659 2665 2671 2677 2683 2689 2695 2701 2707 2713 2719 2725 2731 2737 2743 2749 2755 2761 2767 2773 2779 2785 2791 2797 2803 2809 2815 2821 2827 2833 2839 2845 2851 2857 2863 2869 2875 2881 2887 2893 2899 2905 2911 2917 2923 2929 2935 2941 2947 2953 2959 2965 2971 2977 2983 2989 2995 3001 3007 3013 3019 3025 3031 3037 3043 3049 3055 3061 3067 3073 3079 3085 3091 3097 3103 3109 3115 3121 3127 3133 3139 3145 3151 3157 3163 3169 3175 3181 3187 3193 3199 3205 3211 3217 3223 3229 3235 3241 3247 3253 3259 3265 3271 3277 3283 3289 3295 3301 3307 3313 3319 3325 3331 3337 3343 3349 3355 3361 3367 3373 3379 3385 3391 3397 3403 3409 3415 3421 3427 3433 3439 3445 3451 3457 3463 3469 3475 3481 3487 3493 3499 3505 3511 3517 3523 3529 3535 3541 3547 3553 3559 3565 3571 3577 3583 3589 3595 3601 3607 3613 3619 3625 3631 3637 3643 3649 3655 3661 3667 3673 3679 3685 3691 3697 3703 3709 3715 3721 3727 3733 3739 3745 3751 3757 3763 3769 3775 3781 3787 3793 3799 3805 3811 3817 3823 3829 3835 3841 3847 3853 3859 3865 3871 3877 3883 3889 3895 3901 3907 3913 3919 3925 3931 3937 3943 3949 3955 3961 3967 3973 3979 3985 3991 3997 4003 4009 4015 4021 4027 4033 4039 4045 4051 4057 4063 4069 4075 4081 4087 4093 4099 4105 4111 4117 4123 4129 4135 4141 4147 4153 4159 4165 4171 4177 4183 4189 4195 4201 4207 4213 4219 4225 4231 4237 4243 4249 4255 4261 4267 4273 4279 4285 4291 4297 4303 4309 4315 4321 4327 4333 4339 4345 4351 4357 4363 4369 4375 4381 4387 4393 4399 4405 4411 4417 4423 4429 4435 4441 4447 4453 4459 4465 4471 4477 4483 4489 4495 4501 4507 4513 4519 4525 4531 4537 4543 4549 4555 4561 4567 4573 4579 4585 4591 4597 4603 4609 4615 4621 4627 4633 4639 4645 4651 4657 4663 4669 4675 4681 4687 4693 4699 4705 4711 4717 4723 4729 4735 4741 4747 4753 4759 4765 4771 4777 4783 4789 4795 4801 4807 4813 4819 4825 4831 4837 4843 4849 4855 4861 4867 4873 4879 4885 4891 4897 4903 4909 4915 4921 4927 4933 4939 4945 4951 4957 4963 4969 4975 4981 4987 4993 4999 5005 5011 5017 5023 5029 5035 5041 5047 5053 5059 5065 5071 5077 5083 5089 5095 5101 5107 5113 5119 5125 5131 5137 5143 5149 5155 5161 5167 5173 5179 5185 5191 5197 5203 5209 5215 5221 5227 5233 5239 5245 5251 5257 5263 5269 5275 5281 5287 5293 5299 5305 5311 5317 5323 5329 5335 5341 5347 5353 5359 5365 5371 5377 5383 5389 5395 5401 5407 5413 5419 5425 5431 5437 5443 5449 5455 5461 5467 5473 5479 5485 5491 5497 5503 5509 5515 5521 5527 5533 5539 5545 5551 5557 5563 5569 5575 5581 5587 5593 5599 5605 5611 5617 5623 5629 5635 5641 5647 5653 5659 5665 5671 5677 5683 5689 5695 5701 5707 5713 5719 5725 5731 5737 5743 5749 5755 5761 5767 5773 5779 5785 5791 5797 5803 5809 5815 5821 5827 5833 5839 5845 5851 5857 5863 5869 5875 5881 5887 5893 5899 5905 5911 5917 5923 5929 5935 5941 5947 5953 5959 5965 5971 5977 5983 5989 5995 6001 6007 6013 6019 6025 6031 6037 6043 6049 6055 6061 6067 6073 6079 6085 6091 6097 6103 6109 6115 6121 6127 6133 6139 6145 6151 6157 6163 6169 6175 6181 6187 6193 6199 6205 6211 6217 6223 6229 6235 6241 6247 6253 6259 6265 6271 6277 6283 6289 6295 6301 6307 6313 6319 6325 6331 6337 6343 6349 6355 6361 6367 6373 6379 6385 6391 6397 6403 6409 6415 6421 6427 6433 6439 6445 6451 6457 6463 6469 6475 6481 6487 6493 6499 6505 6511 6517 6523 6529 6535 6541 6547 6553 6559 6565 6571 6577 6583 6589 6595 6601 6607 6613 6619 6625 6631 6637 6643 6649 6655 6661 6667 6673 6679 6685 6691 6697 6703 6709 6715 6721 6727 6733 6739 6745 6751 6757 6763 6769 6775 6781 6787 6793 6799 6805 6811 6817 68

VIA	QOD. PRENMAN	RM T.R.C.	EXPERICO
1	12123H0123	*****	2620

THE

030 983 054-87

 APR 12 1993
 CHASB
 90290112400500624

PROPERTIES

ALCOHOL

DA/HEB 349 AB4

AND PAGE 2015
2015 2015

25101

**CATEGORY
& ARTIST**

COPIA PRESENTATA IN DATA 11/05/2011
V. VERDE

COBA UNICA
PRIMA 2020 QUESTA

YENDI GOTTAS

...

[illegible]

臺灣省立美術館

TARIFARIO (R\$)	100 (R\$)	PREENHE TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
0,35	12,76		02/01/2008

W.D. KAMEO BROOKLYN 574

MESSAGE

10

DATA
23/01/20

ROOMS AND SUITES HOTEL RONA-ALBA
VICTOR RICHARDSON DIRECTOR/PR

PE Nº 015767846310 BILHETE DE SEGURO PRIVAT
RICARDO CHALCO PEREIRA

54500-000
57
87
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE
WASHINGTON, D.C. 20535

ESTE É O SEU BILHETE DO BAUNDO PRIVAT
PÁRA ALAS INFORMATÍAS, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSENTURA

MAC DEVAT 0800 022 1204
www.seguraonline.com.br

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2021	23/01/2022

1	CP# (QNE)	PLACA
030 983 004-B3		0102622

RENTAL	MAJOR MODEL
1212380123	EXTRA 100 LBS

2013 11 9 2013 11 9 2013 11 9

PRÊMIO TARIFÁRIO

4 65	CESTRAN 104	4 05	CUSTO DO SEGURO 104
------	-------------	------	---------------------

CUSTO DO SUJEITO (R\$)		
R\$ 15	0,63	12,90
TOTAL A SER PAGADO POR		

DATA DE EMISSÃO	07/01/70
PAGAMENTO	
CONTAS A PAGAR	
DIÁRIO	

SEAGRAMDORA LIDER - PRIVAT

Casey, 2010-01-01

DEPARTMENT OF COMMERCE
BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH
WASHINGTON, D. C. 20540

AGO 13819

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338622/20

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF: 030.983.064-83

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 28/08/2020

Titular do CPF: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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 Fernalz, 87, Nossa
Sua Conceição, Muroto - 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:

Amplios 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

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 28/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RICARDO CARLOS FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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