

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190403230**

**Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190403230**

**Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 1

Agência: 000001153-3

Conta: 000010017300-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

04775419412

Nome completo da vítima:

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF:

04775419412

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

Nome completo:

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Profissão:

REC- INF

Endereço:

SIRETIRO

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

Estado:

PE

E-mail:

Número:

1417

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81) 96650454

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

1153

3

CONTA: 17300

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 disconcorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que não apresentarem, encarregarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE/PE, 27/06/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

*Lenivaldo Ferreira da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

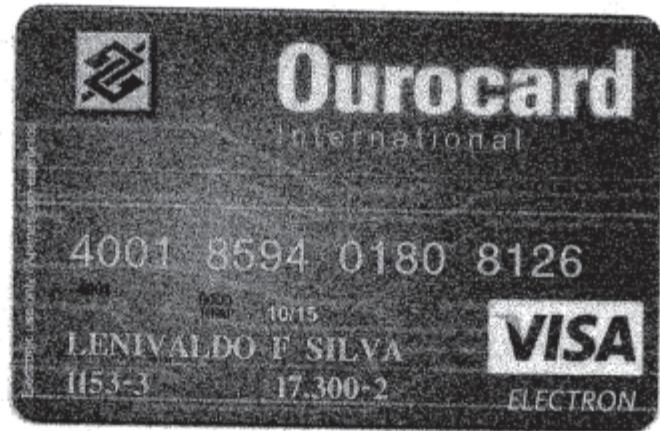
Assinatura

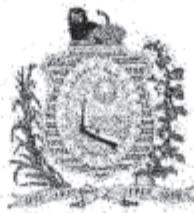
23 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Assinatura Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Cracás - Recife/PE - CEP: 5111-040

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Luis Carlos Dias Yanes Jr.  
AGENTE DE POLÍCIA  
387.522-9

531954

0219097/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -  
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0220000281

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/05/2019** às **11:42**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **16/2/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SITIO LAGOA DE FARIAS (ZONA RURAL)** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )**  
**ITHANN WESLLEY DE LIMA NUNES ( OUTRO )**  
**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA ( VITIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA** Pai: **EDIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1982** Naturalidade: **TORITAMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6855949/SDS/PE (RG), 04775419412 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:  
- **81993477920**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, , SITIO RETIRO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**ITHANN WESLLEY DE LIMA NUNES (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): **ITHANN WESLLEY DE LIMA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Chassi: **9C2ME0931DR306376**

Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **HONDA CRF 230 F**



Complemento / Observação

**A VITIMA INFORMA QUE, NO DIA 16 DE FEVEREIRO DE 2019, POR VOLTA DAS 14 HORAS, PILOTAVA A MOTOCICLETA HONDA CRF 230 F, DE COR VERMELHA, SEM PLACA, NO SENTIDO DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR AO CENTRO DO MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE/PE, QUANDO, NAS PROXIMIDADES DA LAGOA DE FARIAS, AO PASSAR POR CIMA DE UMA PEDRA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR, OCASIONANDO LESÕES NO JOELHO ESQUERDO. LOGO APÓS O ACIDENTE, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA DESTA CIDADE, E DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, FOI TRANSFERIDO PARA O HRA NO MUNICIPIO DE CARUARU/PE. POSTERIORMENTE, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO NO MUNICIPIO DE CAMPINA GRANDE/PB.**

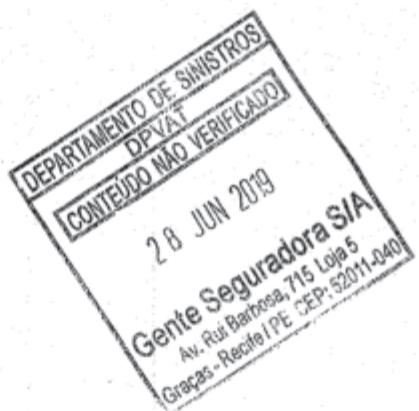
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Lenivaldo Ferreira da Silva*  
**LENIVALDO FERREIRA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS DIAS YANES JUNIOR - Matrícula: 3875229**

*Luis Carlos Dias Yanes Jr.*  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

*Luis Carlos Dias Yanes Jr.*  
AGENTE DE POLÍCIA  
**387.522-9**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

04775419412

Nome completo da vítima:

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF:

04775419412

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

Nome completo:

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Profissão:

REC- INF

Endereço:

SIRETIRO

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

TAQUARITINGA DO NORTE

Estado:

PE

E-mail:

Número:

1417

Complemento:

CASA

CEP:

55790000

Tel.(DDD):

(81) 96650454

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

1153

3

CONTA: 17300

AGÊNCIA:

\_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 disconcorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que não apresentarem, encarregarem 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, TAQUARITINGA DO NORTE/PE, 27/06/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

*Lenivaldo Ferreira da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

23 JUN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Assinatura Av. Rio Branco, 715 Loja 5  
Cracás - Recife/PE - CEP: 5111-040

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.

Flodoaldo J. A. PRATES  
Presidente Fundata  
MAT 000602



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE  
HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. N°: 44.029

DATA: 16/03/19

HORA: 14:27

Unidade de Saúde: HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Genivaldo Ferreira da Silva

CNS

Sexo: M Idade: Cor: P

Categoria: Sair

Naturalidade: PE

Estado Civil:

Endereço: St. Antônio

Data de Nascimento: 08 / 04 / 82

Procedência: Taq. do Norte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende:

Parentesco:

Endereço:

Trazido por:

Endereço:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data / / Hora:

Natureza do Acidente:  Casual  Queda  Acid. no Trabalho  Acid. no Trânsito  Intoxicação  
 Agressão  Tentativa de Suicídio  Outras Causas

lonise

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento:  Clínico  Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

MX

MN

Pulso

BPM

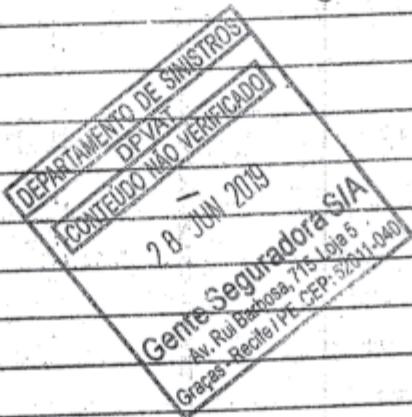
Temperatura °C

Peso

Queixa Principal e HDA

Quixas de queda de motocicleta  
deante trilhe com dificuldade de  
morde e da em foelle erguido.

Exame Físico:



Hipótese Diagnóstica

Acidente de motocicleta

Dra. Katia Maria Prazeres  
Médica  
Anestesiologia

Anotações Complementares:

Conduta:

- Prohibição com faixa de  
crepe do joelho esquerdo

~~16.04~~ = Voltar a 25mp — camp intoplano

~~25/04~~ = Rx do joelho esquerdo.

Dra. Kátia Maria Prazim

Clinica Médica

Ginecologia e Obstetrícia

CRM-RS 7590

Médico (C.R.M)

CONDICÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Alta:

Curado   
Melhorado   
Internado   
Piorado   
Óbito

Óbito em: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

+ 48 Horas

- 48 Horas

Motivo:  Decisão Médica  
 Alta Pediátrica  
 Transferência  
 Indisciplina

Transferido Para:

HRA → 5642155 →

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em  
região posterior do joelho esquerdo

Tratamento:

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

Kátia Maria Prazim

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01153-3

CONTA: 000010017300-4

---

Nr. da Autenticação 1259888DE817BC63



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.338, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL** - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Energética do Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Inscrição Estadual 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12 NIS: 16495766008

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

RETIRADA/TARQUATINGA DO NORTE RURAL  
TAQUARTINGA DO NORTE PE  
55790-000

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI RETIRO 1417

DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
CONTROLE DE VAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
059232334	ÚNICA	15/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
15/04/2019	2001450883	385511

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh/n  
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0,19071668	5,72
55.000000	0,32894288	17,98

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
23/04/2019	15/05/2019
<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>27,28</b>

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DATA	DATA	Nº DE	CONSTANTE	AUSTE	CONSUMO (kWh)
MO42944	CAT	18-03-2019	11.759,00	15-04-2019	11.843,00	28	1.0000		85,00

27,28

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Gasto de Energia	VALOR DO IMPORTE	VALOR DO IMPORTE	VALOR DO IMPORTE	VALOR DO IMPORTE
MAR/19	BR				Transmissão	R\$ 1,50	6,37%		
MAR/19	BR				Distribuição (Cedae)	R\$ 7,03	28,68%		
FEV/19	70				Parceria de Energia	R\$ 2,21	9,32%		
JAN/19	86				Enargas Setúbal	R\$ 1,02	4,30%		
DEZ/18	87				Tributos	R\$ 1,76	7,51%		
					Total	R\$ 22,78	100%		





**celpe**  
neoenergia

**CEP 50.070-155** - **Rua da Praia, 1000**  
**Corporação Brasileira de Pernambuco**  
**Az. Jofa da Barra, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50058-902**  
**CNPJ 10.653.532/0001-88 | INSC. EST. 0005943-13 | www.colégio.com.br**

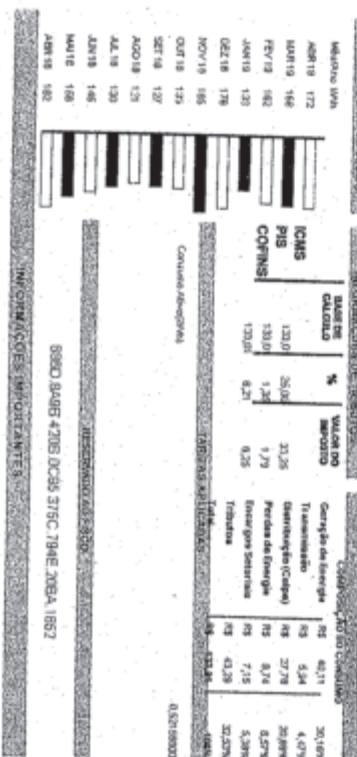
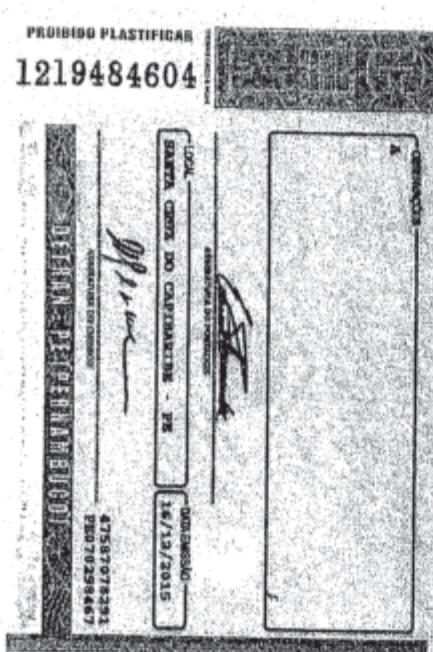
DADOS DO CLIENTE  
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDOR

GDE-04E 004 111 2

230

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		1219484604	
			
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO			
<b>TIPO</b> <b>CARTA JOSE DE ALencar</b>			
<b>DOC. IDENTIF.</b> (DOIS LADOS) UF: <b>309269 SSP PE</b>			
<b>OP:</b> [REDACTED] DATA EMISSÃO: <b>578.360-336-63 06/06/1960</b>			
<b>PRIMEIRO</b> <b>ANARO FERNANDES DE</b> <b>OLIVEIRA SORRIBO</b> <b>DALVANT COELHO DE</b> <b>ALBUQUERQUE FERNANDES</b>			
<b>PERÍODO:</b> <b>15/12/2000</b>		<b>AC:</b> <b>15/09/985</b>	
<b>NOME:</b> <b>[REDACTED]</b>		<b>CH. NAL:</b> <b>[REDACTED]</b>	



Advertencia: El O'Donnell es un arma de fuego que no se considera adecuada para su uso en el hogar.

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERLANDES inscrito (a) no CPF 574940534-65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário LENIVALDO FERREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 047-754-194-12, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima LENIVALDO FERREIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047-754-194-12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

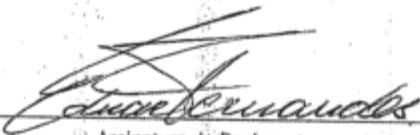
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

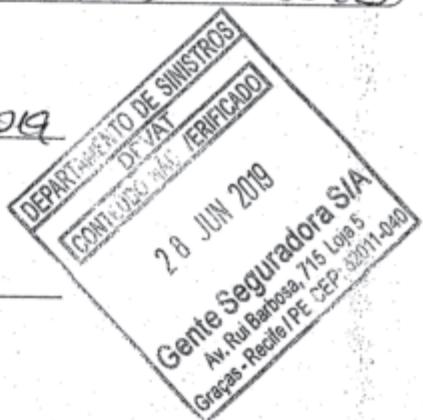
Endereço	Número	Complemento	
<u>RUA JOAO BATISTA</u>	<u>370</u>	<u>CASA</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>SURUBIM</u>	<u>PE</u>	<u>56750-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>afseguros1994@yahoo.com.br</u>	<u>(81) 96650454</u>	<u>(81) 81335022</u>	

SURUBIM/PE, 31 de maio de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



0219097/19

TAQUARITINGA DO NORTE (PE), 22 de JULHO 2019.

À LIDER SEGUROS DPVAT

VÍTIMA: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO N° 3190403230

Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 16/02/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA CRF 230 F, chassi 9C2ME0931DR306376, não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

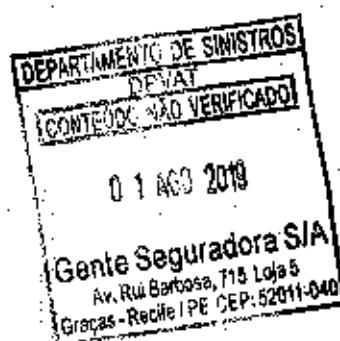
DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que seja concluída a regulação do meu processo; em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço " JUS ".

Nestes Termos  
Espera Deferimento

Lenivaldo Ferreira da Silva

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

VITIMA/BENEFICIARIA





## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Lenivaldo Ferreira da Silva, nascido 08 de abril 1982, deu entrada neste hospital no dia 16 de fevereiro de 2019 em caráter de urgência, Vítima de acidente de trânsito, conforme consta em nosso arquivo ficha ambulatorial Nº44.029 em anexo. Em Seguida encaminhado ao Hospital Regional do Agreste /Caruaru Sob Senha 5642155.

Taquaritinga do Norte, 24 de abril de 2019.

Flodoaldo J. A. PRATES  
Presidente Fundata  
MAT 000602



FUNDATA - FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQ. DO NORTE  
HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA  
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ATEND. N°: 44.029

DATA: 16/03/19

HORA: 14:27

Unidade de Saúde: HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

PACIENTE

Nome: Genivaldo Ferreira da Silva

CNS

Sexo: M Idade: Cor: P

Categoria: Sair

Naturalidade: PE

Estado Civil:

Endereço: St. Antônio

Data de Nascimento: 08 / 04 / 82

Procedência: Taq. do Norte

RESPONSÁVEL

Pessoa de quem depende:

Parentesco:

Endereço:

Trazido por:

Endereço:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data / / Hora:

Natureza do Acidente:

- Casual  Queda  Acid. no Trabalho  Acid. no Trânsito  Intoxicação  
 Agressão  Tentativa de Suicídio  Outras Causas

lonise

RECEPCIONISTA

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento:

Clínico

Cirúrgico

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial

MX

MN

Pulso

BPM

Temperatura

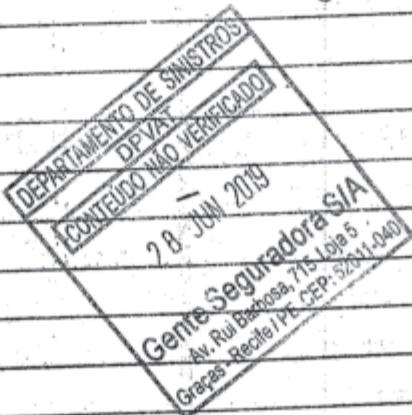
°C

Peso

Queixa Principal e HDA

Quixas de queda de motocicleta  
deante trilhe com dificuldade de  
morde e da em foleis erguido.

Exame Físico:



Hipótese Diagnóstica

Acidente de motocicleta

Dra. Katia Maria Prazeres  
Médica  
Anália Lucia

Anotações Complementares:

Conduta:

- Prohibição com faixa de  
crepe do joelho esquerdo

~~16.04~~ = Voltar a 25mp — camp intoplano

~~25/04~~ = Rx do joelho esquerdo.

Dra. Kátia Maria Prazim

Clinica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM-RS 7590

Médico (C.R.M)

CONDICÕES DE ALTA

Tempo de Permanência Hospitalar:

dias:

Alta:

Curado   
Melhorado   
Internado   
Piorado   
Óbito

Óbito em: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

+ 48 Horas

- 48 Horas

Motivo:  Decisão Médica  
 Alta Pediátrica  
 Transferência  
 Indisciplina

Transferido Para:

HRA → 5642155 -

Diagnóstico Definitivo:

Fratura distal de fêmur em  
região posterior do joelho esquerdo

Tratamento:

Diagnóstico Anátomo-Patológico:

Kátia Maria Prazim

HRA = 5642155 = SENTIDO



**FUNDATA**

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE  
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

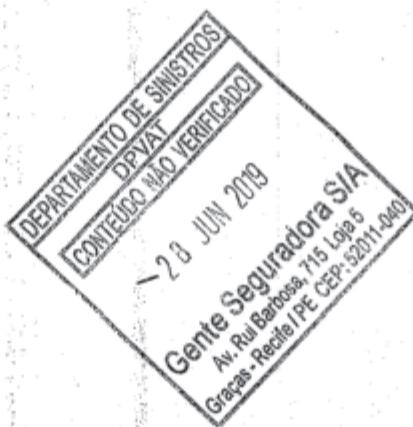
**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Encaminhamento

Encamunto o paciente  
Juvêncio Góes de Sá,  
31 anos, rapaz guerreiro  
de motocicleta com trilhos,  
apresentando queixa  
distal da fíbula, em região  
posterior do joelho esquerdo.  
Sem outros escores.

Vide Rx -

Hospital Fundata  
161032009





SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a)Lenivaldo Ferreira da Silva , Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no dia 16/03/2019 e assinou termo de responsabilidade em 17/03/2019.  
Registro Hospitalar: ,335363

**OBS: Vitima de Acidente de Trânsito.**

**Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.**

Caruaru, 13 de Maio de 2019

109.794.975/0260-77  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - CEP 56000-000  
Caruaru - PE

*[Signature]* Setor de arquivo(same)



Anexo Físico

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Atendimento: 492755

Prontuário: 335363

Data Nasc.: 08/04/1982

Idade: 36

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 703000861757970

Endereço: SITIO RETIRO

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55790000

Fone: 89104769

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Nº: 0

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOLA

Estado: PE

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 16/03/2019 19:25

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*foi atingido na saída metacôndilo  
e dor no joelho esq.*

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

*Estavam com dor no momento*

Diag. Provisório:

*Fractura no joel.*

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

*O tratamento*

*O tratamento pode ser feito*



Dr. Luizinho Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE 22442 TECF 15424

## HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

**Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.**

Nome: Diego Ferreira da Silva

RG- 6855949

Endereço: Rua Pedro Afonso, 100 - Centro

Tel 4

Data: 17.I.P3.1.801

### **Assinatura**

#### Autorização de Procedimento

( ) Paciente ( ) Familiar

Name:

RG:

**Endereco:**

Tel:

#### **Procedimento**

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

## **Destino do Paciente**

( ) Alta ( ) Cirurgia ( ) Óbito ( ) Evadiu-se ( ) Termo de Alta a Pedido  
( ) Transferência: ( ) Internamento

## Condição de Alta

( ) Curado ( ) Melhorado ( ) Inalterado ( ) Óbito

Data: / / Hora: Médico: CRM:  
16/03/2019 19:26:05 Usuário do Atendimento

HRA = 5642155 = SENHA =



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TAQUARITINGA DO NORTE  
MANTENEDORA DO HOSPITAL GERAL SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

Encaminhamento

Encaminho o paciente  
Jenvaldo Ferreira da Silva,  
37 anos, sexo雄, que de-  
de motocicleta em trânsito  
apresentando fratura  
distal de fêmur, em região  
posterior do joelho esquerdo.

Sua artrose lesão.

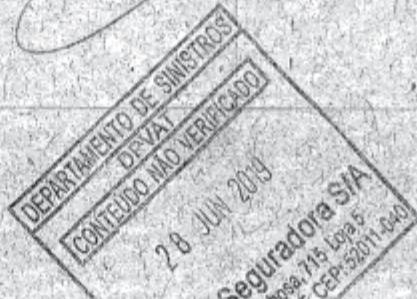
Vide Rx.

Hospital Fundata

161031509

Dra. Kátia Maria Prazim  
Clínica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
CRM-PE 1590

**RECEITUÁRIO MÉDICO**



## REGISTRO DE INTERNAÇÃO



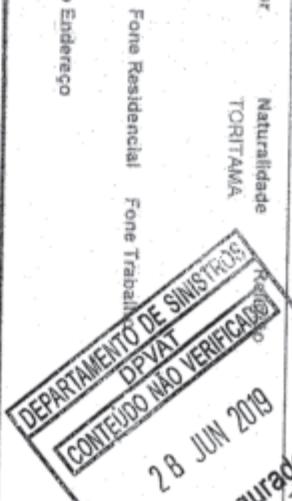
\*2334805\*

Prontuário Nome do Paciente  
**949431** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
 Estado Civil  
 CPF 47.754.194-12 RG 6855949 SSP PE  
 Filiação  
 Mãe: MARIA DAS GRACAS VIEIRA DE ESPINDOL Pai: EDVALDO FERREIRA DA SILVA  
 Endereço  
 SIT RETIRO SIN - ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE/PE CEP:

Nascimento  
 08/04/1982 Idade: 35 Sexo M Cor: PRÓPSIA  
 Naturalidade TORITAMA

Fone Residencial Fone Trabalho

Complemento Endereço



Atendimento Data Hora Setor  
**2334805** 18/03/2019 09:22 36008-SECRETARIA CONVENIOS

Médico Atendente  
 2305-RAILTON MARINHO DA COSTA

Plano / Convênio  
 37-PACOTEI-PACOTE ENFERMARIA

Nº Carteira

Validade

Nº CNS  
 703000861757970

Tipo Atendimento  
 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA  
 Motivo Atendimento  
 4-INTERNAÇÃO/URGENCIA

Acomodação  
 02 Leito

Leito



\*949431\*

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro assumir previamente pela responsabilidade em caráter solidário, por todas as despesas extras no meu contrato de internação e tratamento médico hospitalar, que de direito me compete.

Obrigó-me assim, a solver os valores tão logo sejam apresentados bem como os respectivos depósitos na forma de regulamento e critério que são do meu inteiro comprometimento.

*Lenivaldo Sávio Vieira*

Assinatura

CAMPINA GRANDE, 18 de Março de 2019

SEVERINA JOCELANE  
 Responsável pelo Atendimento

CAMPINA GRANDE

*Lenivaldo Sávio Vieira*  
 18 de 03 de 2019

Responsável LENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
 Endereço: SIT RETIRO, SIN Bairro ZONA RURAL, TAQUARITINGA DO NORTE/PE  
 Telefone: 88691947-69

*Lenivaldo Sávio Vieira*

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE  
 REALIZADO EM 18/03/2019

*Joelho Eslabão realizada em 18/03/2019*

PACIENTE: Jenivaldo Ferreira da Silva - 36 anos

CONVENIO: Pacote

SUS  PRONTUÁRIO: 949431-2334805 DATA: 18/03/19

CHURGIA: T.C Fratura de Fémur

CURURGIÃO: Dr. Railton

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. Jurandi

CIRCULANTE: Kathleen

SALA: 07

HORÁRIO: INÍCIO:

16:00

FINAL 17:00

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1872	ADRENALINA	
1880	ÁGUA DESTILADA	<u>02</u>
1899	AMINOFILINA	
1929	ARAMIN	
2079	ATROFOPINA	
265799	BEXTRA	
1992	BICARBONATO DE SÓDIO	
4650	CEFALOTINA 1g	<u>02</u>
122763	CEFAZOLINA 1g	
1767	CEFTRIAXONA	
154666	CETROPROFENO IV	
1910	CLORETO DE POTASSIO	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
5304	DEXAMETASONA	<u>01</u>
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
2029	DIPIRONA	<u>02</u>
5673	DOPAMINA	
32190	EFEFRINA	
6330	FENERGAN	
2038	EUROSEMIDA	
4286	GARAMICINA	
2048	GLICOSE 50%	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
5398	HEPARINA	
5380	HIDROCORTISONA	
2042	METOCLOPRAMIDA	
37859	NAUSEDRON 8mg	<u>01</u>
59905	OMEPRAZOL 40mg	
70161	PROSTIGMAINE	
70238	QUELICIM	
28819	RANITIDINA	
70336	SOLUMEDROL 500mg	
403792	TORADOL	
70977	TRANSAMIN	
70672	TILATIL 40mg	
COD.	PSICO TÓPICOS	QUANT.
70254	ALFENTANILA	
8866	DIEMPAX 10mg	
3026	DIMORF 1,0mg	
3034	DIMORF 0,2mg	
125140	DIMORF 10mg	<u>01</u>
69655	DORMONID	
69839	DORMONID COMP	
41650	FENOBARBITAL	
8869	HIDANTAL	
9062	KETALAR	
89626	PETIDINA	
73216	TRAMAL	
146832	ULTRA	
COD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
70548	ATRACURIO	
120233	CISATRACURIO	
9091	ETOMIDATO	
3042	FENTANIL	
2801	LIDOCAINA 2% CV	
2118	LIDOCAINA 2% SV	
2810	LIDOCAINA GELEIA	
2160	NÉOCAINA 0,5% CV	
70750	NÉOCAINA 0,5% SV	
1996	NEUCAINA PESADA	<u>01</u>
3212	NILPERIDOL	
142364	NOVAPUPI CV	
97449	NOVAPUPI ISOBÁRICA	
264580	NOVAPUPI SV	
2216	PANCURONIO	
82031	PROPOFOL	
142451	ROCURONIO	
24878	SEVORANE	
1946	XYLESTESIN SPRAY	

COD.	MATERIAL	QUANT.
107329	ADAPTADOR PI SORO	<u>01</u>
110089	AG. RAQUI 27BD	<u>01</u>
120089	AG. RAQUI 25BD	
161281	AG. RAQUI PI OBESO BD	
40x12	AGULHA DESCARTÁVEL N°	<u>04</u>
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA RAQUI N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	<u>03</u>
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	<u>02</u>
	ATADURA CREPON N°	<u>15</u>
	ATADURA GESSADA	<u>02</u>
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	
211958	CAPA PARA VÍDEO	
2429	CATETER OXIGÉNIO	<u>01</u>
27880	COLETOR URINA ABERTO	
22381	COLETOR URINA FECHADO	
	COMPRESSAS	
142341	COMPRESSAS 25x25	<u>03</u>
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO SUÇÃO N°	<u>4.8</u>
	DRENO TÓRAX N°	<u>01</u>
59587	ELETRODO	<u>05</u>
2585	EQUIPO MACROGOTAS	<u>01</u>
287393	EQUIPO PI ARTROSCOPIA	
2615	ESPARADRAPO	<u>10</u>
20117	FITA GLICEMIA	
142220	GAZES 7,5x7,5	<u>10</u>
	GAZES	
3426	GELFOAM	
80917	GILETE	<u>01</u>
	GUENDEL N°	
3408	INTRA-CATH	
	JELCO N°	<u>18</u>
	LÂMINA BISTURI N°	<u>24</u>
132708	LUVAS 6,5	
111209	LUVAS 7,0	<u>01</u>
40126	LUVAS 7,5	<u>02</u>
3622	LUVAS 8,0	<u>01</u>
149870	LUVAS 8,5	
69752	MICROPORE LARGO	
	SCALPS N°	
3735	SERINGA DE 01cc	
3700	SERINGA DE 03cc	
3719	SERINGA DE 05cc	
3699	SERINGA DE 10cc	
3697	SERINGA DE 20cc	
341797	SERINGA DE 60cc (bico longo)	
	SONDA FOLEY N°	
	SONDA NÉLATON	
	SONDA NSG	
	SONDA RETAL	
53937	SURGICEL	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
26 JUN 2018  
Gente Seguradora SIA  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grápolis, Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 26110-040



Methotrexate  
Morfina 2 mg  
Naloxone  
Nitroprussio

Nimodipine

Nisoldipine

Nitroprussio

Norepinefrina

Octreotide

Pantacurio

Pitressin

Prostoglandina

Quetamina

Rapifenox

Ranitidine

Saxatilina

Sifedexa

Tilag

Tremalol (Atractocito)

Urtiva

Velutum

Xylocaina

Xylocaina Hipotensiva

Xylocaina Spray

Zofrin

Ajuda Desinfecção - 250ml

Ajuda Desinfecção - 10ml

S. Estiológico

S. Glucosado

S. do Ringer

C. Ringeracta

Plasme

Oxigênio (L/min)

NO (L/min)

Ar Medicinal (L/min)

CO<sub>2</sub> (L/min)

MATERIAL DESCARTÁVEL

Aquadiscar RANGER

Ajuda Peristural 17 ou 18g

Ajuda Ráqui: Ponta de Lipope

Ajuda Stomaphile 350. 3100

Cal Sonda pelô

Casset Epitumal 160. 192

Casset Nasal fino Olhos

Casset Vetroto

Eletrodo ECG

Equipo de Socor

Equipo Perfusor SET

Filtro Hiperólico

Guedel

Manta Térmica

Equipo Bomba de Infusão N

Equipo/Bomba de Infusão FG

Máscara Laringea

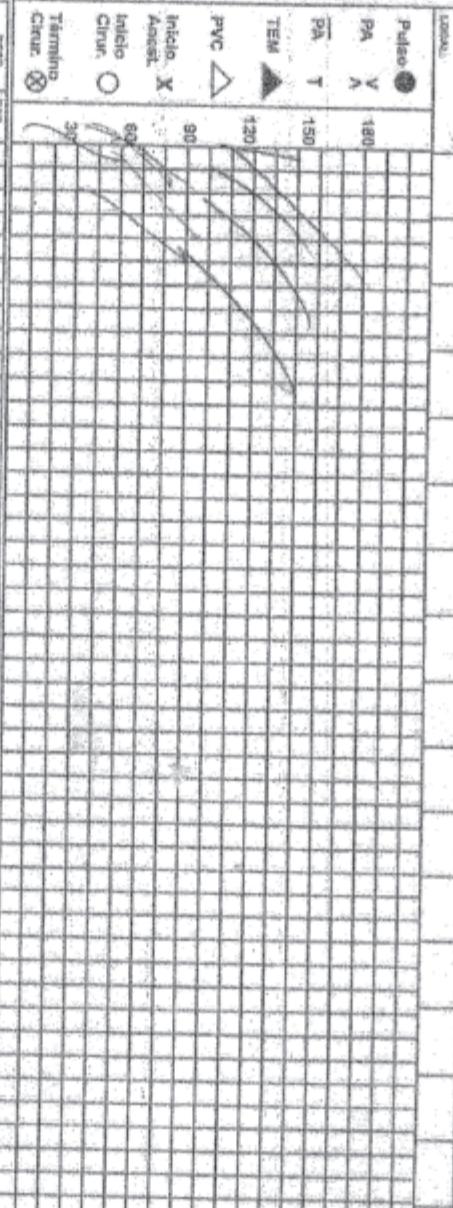
Tubo Arterial

Sistema de Biorreativo Limbo

Estufa de Bile

Horário	ONDE	QUE
ABENTES	ICU/ICU	
BL. Profiss		
Últimos 30. 48 horas		
VERDOS		

ERRO	QUE
ECG	
SaO <sub>2</sub>	
EndCo <sub>2</sub>	
DIRESE	
ERR	



RESP	ESP	AGS	CONT.
○			
Termino	⊗	30	

## Protocolo de Anestesia

INDUÇÃO	INTUBAÇÃO-TUBO #	ANESTÉSICA REGIONAL	ANESTÉSICA NEURÔNAL	FLUXO
Inhalatória			P-Bag/Carbocil	
Venosa			Máscara	
MANUTENÇÃO			Paracetamol	
			Paracetamol	
Inhalatória			Supracervical	
Venenosa			Interescavicular	
Sob Máscara			Scalpula	
Duplo Lumen			DL	
Tracheostomia			EE	
			Auxiliar	
			Chlorureto	
			NaCl	
			Capnografia	
			VNL	
			Bentona de Infusão	
			Verificação Inicial	

### DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA/INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

Difícil acesso venoso:  SIM  NÃO

Difícil Enfarrapado:  SIM  NÃO

Difícil Acesso Agulhas Rapido ou Peridural  SIM  NÃO

ENCAMINHADO PARA:  UTI  SRPA  Sonolento  Inconsciente  Admitido  O<sub>2</sub> NA SRPA: SIM \_\_\_\_\_ L/min

TOT:  SIM  NÃO DESTINO:  AFP  ALTA HOSPITALAR

Alta do SRPA: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura e Data: \_\_\_\_\_

PACIENTE:	Junião Barros Lledo		
Nº DO PRONTUÁRIO:			
DATA DA OPERAÇÃO:	18/03/19	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR:	Walter		
1º AUXILIAR:			
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:			
ANESTESISTA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Pulmão brônquio Rext		
TIPO DE OPERAÇÃO:	Traf. aéreo 1 falso Reverso c/84		
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO MEDICO DA PATOLOGIA:			
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: FÍSICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SI-TIRA-MATE-EMPREGADO-ASPECTO-VICERAS

Junião Barros Lledo

lungs ->

green fr

local tumor

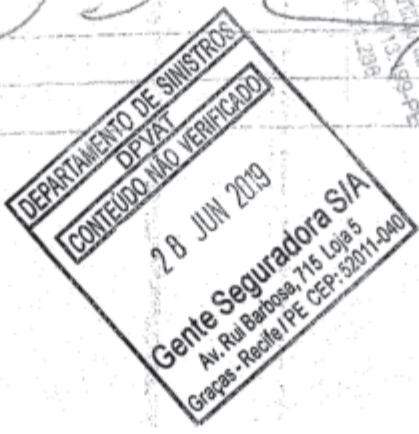
Sugli over & locas e

por fier

swings

at tr

*D. J.*





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *Renilde Gaxim da Silveira*RA: *169.111-1*

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: *18-03-19*

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

*10/14 Dier 200**S.F.L. 0005**Cefotifox 1000 mg**Fluox 100 mg**Chuque os 15:00**tos espuma**flut 40 cc**prantoo 100 ml (sa)**Isoparacetamol 800 mg**Ortugos 100 mg*

## EVOLUÇÃO MÉDICA

*Painel com fufu triste**No febre, estreñido por**trat. em fr**ADM 18/03/19*



HOSPITAL  
ANTONIO TARGICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

八九〇

Journal of  
Health Politics  
Policy and Law

*beniventer* *femina*

LETO: 86

**CONVENIO**

DIAGNÓSTICO:

## DATA

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

19/3/09 All day

S Frontenac, 1800

Capturing for 1066 is

April 16, 1976

Mark 9

Bentley

*Ceratina*

~~Deep~~ Deep 00 ff

~~December~~

*Pedro Devar*

12

12

100

14

EVOLUÇÃO MÉDICA

and we ~~is~~ for b  
P. J. made

ACTA 90 19:00hs



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:	Henrique da Cunha Penneira		IDADE:
ALA:	MN	LEITO: 86-3	MÉDICO: Dr. Raulton

DATA: 19/03/19

MANHÃ

Pact consciente orientado,  
adebutar em 80 m. com eletro  
hospitalar pacífico e os 14 horas.  
dormiu 8 m. segue num anormal  
debuto.

Carmo Silva de Jesus  
TECNICO ENFERMEIRO  
CORESP 042697

TARDE

NOITE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Benedito Ferreira*  
ALC: *U.N.* LEITO:  MÉDICO:

IDADE:

DATA: *18/03/19*

MANHÃ

Pac. te evolui com queixas estomacais e constipação expira fdp sentimento de fome e dor de dor nos rins. esses sintomas da enfermeira do N. Ribeirão  
Técnico em Enfermagem  
CRF-PE-05703-127

TARDE

Paciente evolui em R.O. estável consciente e orientado futo RX de controle ameaça de proctite seguir com drenos de succção

Beatriz Bezerra da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN 239011

NOITE

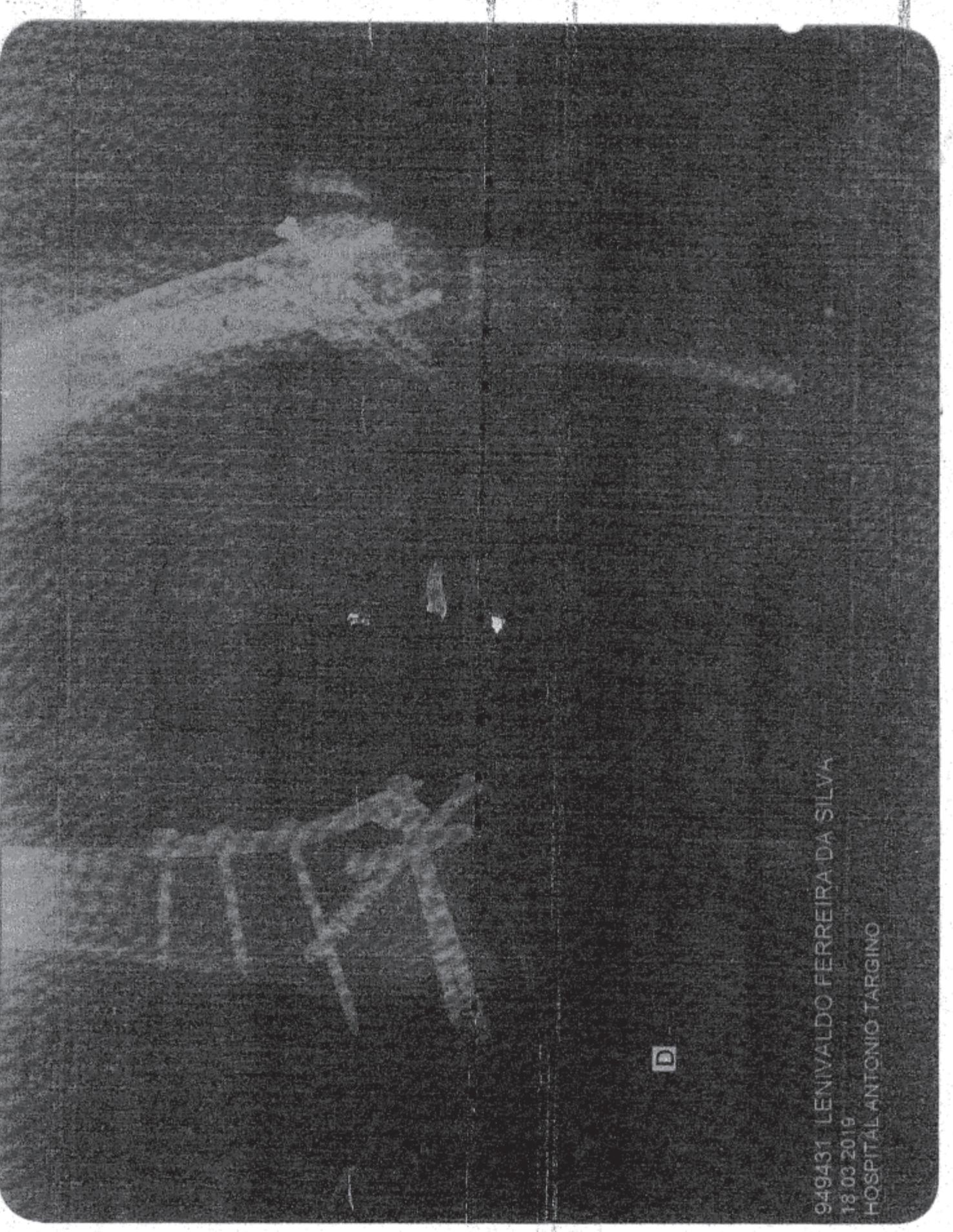
Paciente evolui bem sem queixa de dor. Depois de 1h  
aparece med. óptica. Depois de 1h  
aparece dor euforização.

*Eliane da Silva Porto*  
TECNICO DE ENFERMAGEM  
COREN

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DFVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUN 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 loja 5  
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



D

949431 LENIVALDO FERREIRA DA SILVA  
18/03/2019  
HOSPITAL ANTONIO TARGINO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Thomas Cook & Sons

NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1482964488**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

**6855949 SDS PE**

CPF

**047.754.194-12**

DATA NASCIMENTO

**08/04/1982**

FILIAÇÃO

**EDIVALDO FERREIRA DA S  
ILVA  
MARIA DAS GRACAS VIEIR  
A DE ESPINDOLA**

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

**AD**

Nº REGISTRO

**03696601110**

VALIDADE

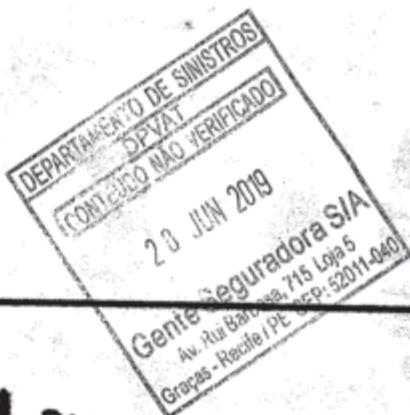
**15/07/2022**

1ª HABILITAÇÃO

**29/09/2005**

OBSERVAÇÕES

**EAR**



*Lenivaldo Ferreira da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1482964488**

LOCAL

**SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE**

DATA EMISSÃO

**01/08/2017**



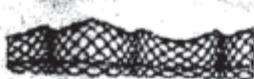
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**81101410686**

**PE080224113**

**PERNAMBUCO**



**DENATRAN**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Thomas Cook & Sons

NOME

LENIVALDO FERREIRA DA SILVA



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1482964488**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

**6855949 SDS PE**

CPF

**047.754.194-12**

DATA NASCIMENTO

**08/04/1982**

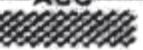
FILIAÇÃO

**EDIVALDO FERREIRA DA S  
ILVA  
MARIA DAS GRACAS VIEIR  
A DE ESPINDOLA**

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.



Nº REGISTRO

**03696601110**

VALIDADE

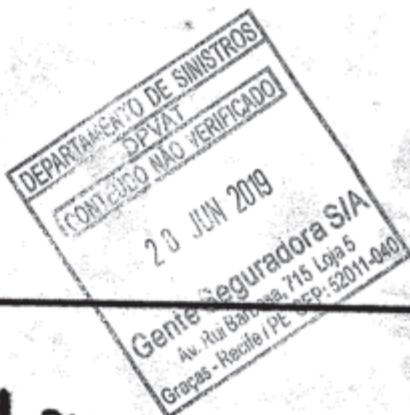
**15/07/2022**

1ª HABILITAÇÃO

**29/09/2005**

OBSERVAÇÕES

EAR



*Lenivaldo Ferreira da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1482964488**

LOCAL

**SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE**

DATA EMISSÃO

**01/08/2017**



Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**81101410686**

**PE080224113**

**PERNAMBUCO**



**DENATRAN**



Tarifa Social de energia elétrica. Unidade de Atendimento  
Companhia Energética do Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 16.633.932/0001-18 | Fone: Ext. 005643-33 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

RUA JOAO BATISTA 370  
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF: 945 234 444-04  
CLASSIFICAÇÃO

B) RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

SERVIÇOS DESENVOLVIDOS  
CONTA DE ENERGIA

DATA DE EMISSÃO: 14/04/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 10/05/2019

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
172.000000	0,7730892	133,01
		21,18
		0,61
		0,97

Consumo Ativo(kWh)  
Centro Lum. Pública Municipal  
ICMS Subvenção-CODE-NF 045340881-07/04/19  
ICMS Subvenção-CODE-NF 045340880-08/04/19

DATA

10/04/2019

DATA

10/05/2019

#### INFORMAÇÕES HISTÓRICAS

CONSULTA DE CONSUMO

CONSULTA DE CONSUMO</p

**IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA EDUARDO FERREIRA DA SILVADATA DO ACIDENTE 16/02/19CPF DA VÍTIMA 047-754-1941-2

DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A.FERREIRAQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA

( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANINFO ESTÁ REGISTRADO NO SISTEMA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

A VÍTIMA É  ADULTO ( ) REBENTO DO MÉDICO ASISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRABALHAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)ENDERECO DO PORTADOR RUA JOAO BASTRACOMPLEMENTO CASABAIRRO CENTROCIDADE SUERUBIUMUF PECEP 55750-000TELÉFONE (81) 98604-5454E-MAIL aseguradorape@yahoo.com.br

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE** REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE** CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE** CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL) OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE**INFORMAÇÕES IMPORTANTES****DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS** CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABEZA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

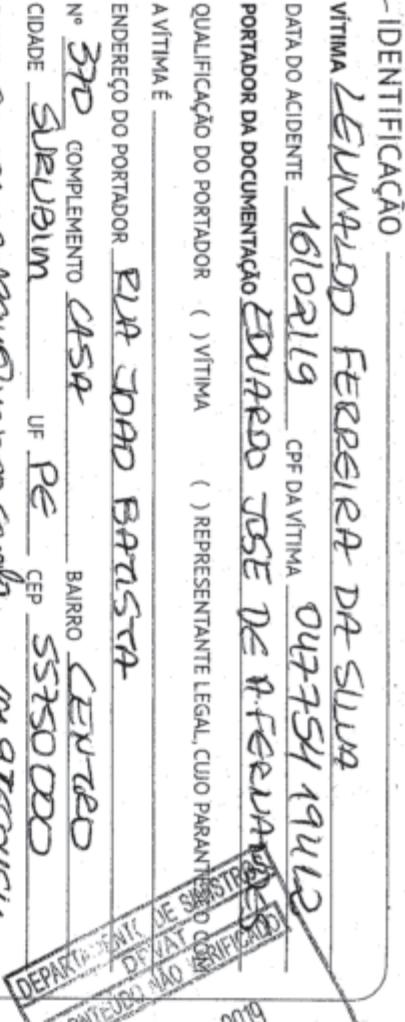
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA \_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_ASSINATURA \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

OBS: RÉPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA

DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

TRABALHAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

NOTAS BANCÁRIAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



MARAVILHA MOTOS LTDA - FILIAL CARUARU  
RUA VISCONDE DE INHAUMA, 1030 . MAURICIO  
DE NASSAU  
CARUARU - PE Cep:55014410 Fone:  
(81)2103-0800

## DANFE

Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal  
Eletônica

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA  
Nr.: 30071  
Série: 3  
Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO:  
2613 0602 8187 4300 0522 5500 3000 0300 7110 0030 0712Consulta de autenticidade no portal nacional da  
NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site  
da Sefaz Autorizadora

Protocolo de autorização de uso

126130024835791 - 01/06/2013 10:31:41

02.818.743/0005-22

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDAS MERC.ADJ.E/OU REC.TERC.SUJ.SUBST.TRIB.

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

034666710

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ

## DESTINATÁRIO REMETENTE

## NOME/RAZÃO SOCIAL

ITHANN WESLEY DE LIMA NUNES

## ENDERECO

RUA MARIA FERRAZ DE BRITO, 16

## MUNICÍPIO

TAQUARITINGA DO NORTE

## FATURA

Nº 168103 1 10/06/2013 12000,00

FONE/FAX

8137331011

UF:

PE

BAIRRO/DISTrito

BRASILIA

CEP

55790000

CNPJ/CPP

084.685.964-50

DATA DA EMISSÃO

01/06/2013

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

HORA DE SAÍDA

## CALCULO DO IMPOSTO

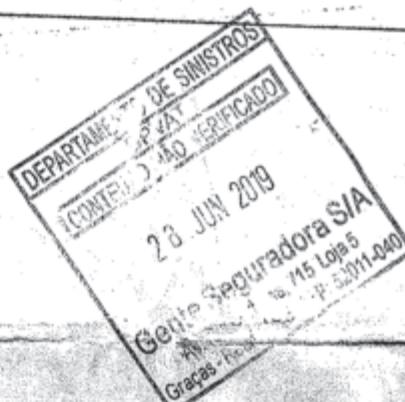
BASE DE CALCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.		VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS/SERVICOS
VALOR DO FRETE	VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO PRODUTO/SERVIÇOS	OUTRAS DESPESAS ACESORIAS	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-12.000,00

## TRANSPORTADOR: VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		VALOR TOTAL DA NOTA	VALOR TOTAL DA NOTA	VALOR TOTAL DA NOTA
ENDERECO		0,00	0,00	0,00
QUANTIDADE	1	ESPECIE	MARCA	VALOR LÍQUIDO

## DADOS DOS PRODUTOS/SERVICOS

COD PRODUTO	DESCRÍPCAO DO PRODUTO	NCMSH	ST	CFOP	UN	Qtda	Vlr Unit.	Desc.	Vlr. Total	B. Icms	V. Icms	%icms	%ipi
BC2ME0931DR308376	CRF 230 F MOTOCICLETA NOVA HONDA CAP.PASS. 2 NÓDELO CRF 230 F ESPECI CHASSI: 9C2ME0931DR308376 NFORIGEM J958029 DE 13/5/2013 MOTO E49/04 525 LEI 14876/91 PIS/COFINS COBRADO FORMA MPN 1.911-060 FABRICACAO NACIONAL SEM ALIENACAO FIDUCIARIA SEM RESERVA DE DOMINIO			IPC	87112020	100	5405, UN	-1.000,00	12.000,0000	0,00	12.000,00	0,00	0,00



## CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVICOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	-------------

## ADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MDS: Forma de Pagamento: A Prazo - Duplicata Carteira R\$12.000,00 7 Dias \* RG:8149186 \* TPC-Tributo  
RG:8149186-SDSPE \* VENDEDOR: PV Taquaritinga - Magda \* OPER COM SUBST TRIB CF CONV  
PIS/COFINS COBRADO NA FORMA DA MPN 1.911-0600

ado de PIS/COFINS, IPC-Issento de PIS/COFINS  
9/93, 129/97 ART.33 DO 18930/07 PB \*

RESERVADO AO FISCO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190403230      **Cidade:** Taquaritinga do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 16/02/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR DISTAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 13,18 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

**Vítima:** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 047.754.194-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2019

**Titular do CPF:** LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

### LENIVALDO FERREIRA DA SILVA : 047.754.194-12

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/06/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 574.940.534-68

Data do cadastramento: 28/06/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219097/19

Número do Sinistro: 3190403230

Vítima: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 047.754.194-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: LENIVALDO FERREIRA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 01/08/2019

Data do cadastramento: 01/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 574.940.534-68

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA