
Rio de Janeiro, 12 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) FOLHA DE CIRURGIA, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da solicitação médica dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois a entregue está incorreta. Lembramos que não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
---------------------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Data do Acidente: 14/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000048923-8

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 46.121.324-08 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo de Magalhães 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: Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira 6 - CPF: 46.121.324-08
7 - Profissão: Recusante 8 - Endereço: SE Tipim 9 - Número: 3093 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819-92583087

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 48923 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 automotor, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE - DP67ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0157000910**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/11/2019** às **10:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **14/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1 - Bairro: VILA SANTA LUZIA - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A CASA DE RAÇÃO DE NILO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA DE FÁTIMA SANTOS (OUTRO)
CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA**

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSENETE MARIA DE MAGALHÃES Pai: MARINALDO TEOTONIO FERREIRA Data de Nascimento: 29/3/1999 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA GRANDE, 1, SÍTIO TIPIM - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO SÍTIO ACONCHEGO**

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

MARIA DE FÁTIMA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA DE FÁTIMA SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGF9415** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **530063638** Chassi: **9C2KC1670DR020804**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA INDO TRABALHAR NA SUPRACITADA MOTOCICLETA; QUE ESTAVA TRANSITANDO NA RODOVIA PE-71 QUANDO NAS PROXIMIDADES DA CASA DE RAÇÃO, NA VILA SANTA LUZIA, UM CARRO DE MARCA E MODELO DESCONHECIDOS RELIZOU UMA MANOBRA BRUSCA, ENTRANDO NA RODOVIA, MOMENTO NO QUAL COLIDIU COM O VEICULO; QUE DEVIDO A COLISÃO PASSOU POR CIMA DO CARRO E CAIU NA RODOVIA; QUE FOI SOCORRIDO NO VEICULO DE UMA PESSOA QUE ESTAVA PASSANDO NO LOCAL PARA O HOSPITAL DE CHÁ GRANDE; QUE POSTERIORMENTE FOI CONDUZIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL JOÃO MURILO, EM VITORIA, E DE LÁ FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, EM RECIFE; QUE POR CAUSA DA QUEDA QUEBROU O BRAÇO DIREITO; SEM MAIS, ESSE FOI O FATO.

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOAO PAULO LOURENÇO DA SILVA** - Matrícula: **2969602**

DELEGACIA DE POLICIA

EM CIRCUNSTÂNCIAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 46.121.324-08 4 - Nome completo da vítima: Carlos Eduardo de Magalhães 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: Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira 6 - CPF: 46.121.324-08
7 - Profissão: Recusante 8 - Endereço: SE Tipim 9 - Número: 3093 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Cha Grande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 819-92583087

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 48923 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 automotor, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 13/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000048923-8

Nr. da Autenticação 7EEDF7FC2FEE9944

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50000-902
CNPJ: 10.630.332/0001-08 | Insc. Est. 0005043-81 | www.ceppe.com.br

SI TAPIM 1093

RURAL SANTA LUZIA
CHA GRANDE PE
55636-000

CONTA CONTRATO	até (ano)
2850881017	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO DA CONTRATA
25/11/2019	19/12/2019
RECEITA PAGADA (R\$)	28,07

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
095222130	UNICA	15/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLASSE	Nº DA IMPLANTAÇÃO
15/11/2018	2002675198	957432

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.00000000	0,15327981	5,79
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	46.00000000	0,33132189	15,24
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,25
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,22
Contrib. Ium. Publica Municipal			4,08
Multa por atraso - NF 078040854 - 18/08/18			0,90
Multa por atraso - NF 078040854 - 18/08/18			0,74
Atualização ICPM NF 078040854 - 18/08/18			0,43
Compensação SIC Trimestral 03/18			-0,27

38 07

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00001197	C-3	17-10-2018	14.520,00	18-11-2018	18.686,00	31	1,30000		76,00

Month	Number of Publications
NOV 18	70
OCT 18	110
SEP 18	125
AUG 18	60
JUL 18	30
JUN 18	30
MAY 18	30
APR 18	30
MAR 18	30
FEB 18	30
JAN 18	30
DEC 18	30
NOV 18	110

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Gerenciamento de Energia	PD	U/h	42,26%
			Tramontado	PD	1,08	4,85%
			Eletrificação (Feixe)	PD	8,84	38,44%
22,30	0,90	0,20	Perdas em Energia	PD	2,30	9,29%
22,25	4,25	0,94	Energia Sensível	PD	0,24	2,00%
			Tributos	PD	1,14	5,14%
			Total	PD	22,28	100%

10-40-4 Superior a 20 mg (100 mg)	0.245000
10-40-4 Superior a 20 mg (100 mg)	0.245000

4815-550-0000

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

© 2004 by The American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

... ..

VOCÊ POSSUI CONTAR EM ABERTO

Variable	Definition	Value
Age	Age in years	35.5
Gender	Male = 1, Female = 2	1.5
Marital status	Married = 1, Single = 2, Divorced = 3, Widowed = 4	1.5
Education	High school = 1, College = 2, Graduate = 3	2.5
Income	Income in thousands of dollars	15.5
Health	Excellent = 1, Good = 2, Fair = 3, Poor = 4	2.5
Exercise	Exercise frequency per week	1.5
Stress	Stress level (1 = low, 5 = high)	3.5
Smoking	Smoker = 1, Non-smoker = 2	1.5
Alcohol	Alcohol consumption per week	1.5
Sleep	Sleep duration in hours	7.5
Work	Work hours per week	40.5
Family	Family size	2.5
Community	Community involvement	1.5
Environment	Environmental quality	3.5
Healthcare	Healthcare access	1.5
Quality of life	Overall quality of life score	75.5

de acordo com o interesse de cada um. Ao fim,
como resultado, surgem regras de conduta de

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2686-2692.

IDAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
				inferior	superior

15.34	30.69				
-------	-------	--	--	--	--

Exercício em uso do Sistema de Distribuição = R\$ 10,38

28,07

COMPREV
COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
12 MAR 2020
PROTOCOLO
12 MAR 2020



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50080-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 (Insc. Est. 0005943-83) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

WEDISON ANTONIO DA SILVA

CPF 072 644 984-92

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO BATISTA DE VASCONCELOS 17

MANCEL SIMÕES BARBOSA/CHA GRANDE
CHA GRANDE PE
55638-000

Nº DA NOTA FISCAL	SENC	EMISSÃO
097319480	UNICA	09/12/2019
ABRILHAMENTO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
09/12/2019	200294830	4104301

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
4012433676	12/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO FUTURA
16/12/2019	07/01/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	116,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Atividade	129,0000000	0,75727674	98,62
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,27
Contrib. Jam. Publica Municipal			12,21
Multa por atraso-NF 083570864 - 07/11/19			1,27
Juros por atraso-NF 083570864 - 07/11/19			0,23
Atualização IGPM-NF 083570864 - 07/11/19			0,11

TOTAL DA FATURA

116,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
87191800	CAT	07/11/2019	8.761,00	08/12/2019	8.890,00	32	1,0000		129,00

REVISÃO DE CONSUMO

Mês/ano (KWH)
02/19 128
03/19 76
04/19 48
05/19 48
06/19 48
07/19 53
08/19 53
09/19 50
10/19 30
11/19 41
12/19 44
01/20 40
02/20 35

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	10,00	10,11
PIS	0,64	0,45
COFINS	3,00	3,27

COMPARAÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Consumo de Energia	98,62	33,70%
Transmissão	0,88	3,72%
Distribuição (Cajueiro)	12,21	33,62%
Fornecimento de Energia	0,23	7,13%
Encargos Setoriais	0,40	6,31%
Tributação	16,23	27,45%
Total	130,57	100%

TARIFAS APLICADAS

2,04833000

RESERVAÇÃO FISCAL

8F76 89C1 5A84 CB46 D487 DE09 F451 1DC3

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para não sofrer mais penalidade por consumo excessivo, consulte o seu plano de consumo e a tarifa social. O cliente deve manter o consumo dentro do limite estabelecido para a tarifa social. Caso contrário, o cliente será penalizado com a aplicação da tarifa normal. O cliente deve manter o consumo dentro do limite estabelecido para a tarifa social. Caso contrário, o cliente será penalizado com a aplicação da tarifa normal. O cliente deve manter o consumo dentro do limite estabelecido para a tarifa social. Caso contrário, o cliente será penalizado com a aplicação da tarifa normal.

As contas são geradas por meio eletrônico e assinadas digitalmente pelo CELPE. O cliente deve manter o consumo dentro do limite estabelecido para a tarifa social. Caso contrário, o cliente será penalizado com a aplicação da tarifa normal. O cliente deve manter o consumo dentro do limite estabelecido para a tarifa social. Caso contrário, o cliente será penalizado com a aplicação da tarifa normal.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

PERÍODO	VALOR APLICADO (R\$)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	2,81	5,00	11,70	32,21
PIO	1,00	3,30	6,72	17,45
DNIC	2,81	5,00	0,00	0,00

Limite DNIC: 12,22. SUDO: valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 30,18

NÍVEL DE TENSÃO

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4012433676	12/2019	16/12/2019	116,68



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 Nelson Rodrigues de Lima Filho

inscrito (a) no CPF/CNPJ 035.910.454 / 11 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Eduardo de Magalhães Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.121.324 / 08

do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Carlos Eduardo de M. Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 146.121.324 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua João Batista de Vasconcelos</u>	Número: <u>37</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Manoel Simões</u>	Cidade: <u>Cha Grande</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55636-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.9668-4844</u>

Local e Data: Cha Grande 10/12/19

Nelson Rodrigues de Lima Filho
Assinatura do Declarante

1. Interpretation of the
 2. The information

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Nº registro: 788367

Dt. Nasc.: 29/03/99 - 20 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: JOSINETE MARIA MAGAHAES

Fone: 81992224797

Endereço: SÍTIO TIPIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE

Nº páq.: 1/1

Data/hora: 14/10/2019 - 11:03

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

ALERGIA: TRAMAL

QUEIXA PRINCIPAL:

{-}

PCT TRAZIDO PELO SAMU DE CHÃ GRANDE, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR TORACICA + DOR EM PUNHO D + ESCORIAÇÕES EM MSD + MID, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

REFERE TRAUMA ISOLADO EM PUNHO DIREITO

EXAME FÍSICO:

Pa: 140 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 118 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: 98 %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

FRATURA DE RADIO DISTAL COM ESTILOIDE DE ULNA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

ANALGESIA E TRANSFERENCIA



CRM: 25516

Dr. JOSE VINICIUS GOMES DOS SANTOS

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA**Nº registro:** 788367**Dt. Nasc.:** 29/03/99 - 20 ano (s)**Sexo:** Masculino**Mãe:** JOSINETE MARIA MAGALHAES**Fone:** 81992224797**Endereço:** SÍTIO TIPIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE**Data/hora:** 14/10/2019 - 10:55**Nº pág.:** 1/1**Setor:** Leito:**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO****ANAMNESE:****ALERGIA:** TRAMAL**QUEIXA PRINCIPAL:**

PCT TRAZIDO PELO SAMU DE CHÃ GRANDE, SEGUNDO PCT APRESENTA DOR TORACICA + DOR EM PUNHO D + ESCORIAÇÕES EM MSD + MID, APÓS QUEDA DE MOTO HOJE.

EXAME FÍSICO:**Pa:** 140 X 100 mmHg **Temp:** °C **HGT:** 118 mg/dL**Peso:** Kg **Altura:** m **SP O₂:** 98 %**Observação:**

NEGA VÔMITO.

NEGA SINCOPE.

PCT PARA AVALIAÇÃO DO CLÍNICO.

FC: 63BPM.

Classificação de Risco:

URGÊNCIA - AMARELO

Encaminhado para:

CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

TRAUMATOLOGIA

COREN: 569985

Dra. MARLEIDE OLIVEIRA DE ANDRADE



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA Idade: 20 Anos 6 Meses 15 Dias Nasc: 29/03/1999
Sexo: MASCULINO CNS: 708107577923930 Contatos: 81. 92224797 | Celular: 81.
Mãe: JOSINETE MARIA MAGALHES
Endereço: RUA JOAO PESSOA, N.º 0 - BAIRRO: CENTRO - CIDADE: CHA DE ALEGRIA - UF: PE

Dados do Atendimento:	
Data/Hora Atend.:	14/10/2019 20:56
Prontuário:	1097687
N.º Atendimento:	3389990
Serviço:	CIRURGIA
Enfermaria/Leito:	
Médico:	
ROBERTO SANTOS WANDERLEY	

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 15h, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, APRESENTA DOR LOCAL + EDEMA + DEFORMIDADE

História Clínica

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 15h, COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO, APRESENTA DOR LOCAL + EDEMA + DEFORMIDADE

Exame Físico

DOR A PALPAÇÃO DO PUNHO DIREITO, EDEMA (+/+4), DEFORMIDADE LOCAL, SEM FERIMENTOS LOCAL.

Observações

RAIO X DEMONSTRA FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO.
HD: FRATURA DO 1/3 DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Conduta

TALA AXILO PALMAR : INTERNAMENTO VISANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO : TOMOGRAFIA DO PUNHO DIREITO

ROBERTO SANTOS WANDERLEY - CRM: Nº.11431

Data/Hora: 14/10/2019 - 22:03

Dr. Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
TEOT 7606

15/10/19 = ORTOPEDIA
15.10.19 Fract. punho D
Apresenta lesões
Sintomas
Sintomas TAC

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15896 TEOT 11437

REVISADO
15/10/19
Clav...

29/10/19
20

Nome: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA
Dt. Nasc.: 29/03/99 - 20 ano (s)
Mãe: JOSINETE MARIA MAGALHAES

Nº registro: 788367
Sexo: Masculino
Fone: 81992224797

Endereço: SITIO TIPIM, nº , ZN RURAL. CHA GRANDE - PE
Data/hora: 14/10/2019 - 11:24
Setor: Leito:

Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

EXAME FÍSICO

PA: 140 X 100 Temperatura: HGT:
Altura: Peso:

ANAMNESE DO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO
ESTÁVEL. ECG 15.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

S526 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÂDIO E DO CÚBITO [ULNA]

CONDUTA

IMOBILIZAÇÃO, ANALGESIA E TRANSFERENCIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS

RADIOGRAFIA

DADOS DA TRANSFERÊNCIA

Local: Hosp. Otávio de Freitas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5793033

CRM: 25516
Dr. JOSE VINICIUS GOMES DOS SANTOS

Atendimento: 3390022

Dt Atendimento: 14/10/2019 - 00:54

Dt Alta: 03/11/2019 - 10:18

Paciente: 1097687 CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 117 TRAU 02-02 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: MANUELLASF

Diretor Clínico:

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta

Atendimento: 3390022

Dt Atendimento: 14/10/2019 - 00:54

Dt Alta: 03/11/2019 - 10:18

Paciente: 1097687 CARLOS EDUARDO DE MAGALHES FERREIRA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 117 TRAU 02-02 - POSTO I

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 5 ALTA COM PREVISAO DE RETORNO P

Usuário: MANUELIASF

Diretor Clínico:

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO E DO CUBITO [ULNA]

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta



Nome: CARLOS EDUARDO MAGALHAES FERREIRA (1625784)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Admissão: 327437

Data: 15/10/2019

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOF COM FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

... hipótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

Prescrição/Conduta: DEVOLVO PACIENTE POIS ENCONTRA-SE COM O PUNHO LUXADO NECESSITANDO DE CIRURGIA DE URGENCIA

Horario/Checkagem

01 -		
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 15/10/2019 as 18:11

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM:



Nome: CARLOS EDUARDO MAGALHAES FERREIRA (1625784)

Admissão: 327437

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 15/10/2019

Queixa do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOF COM FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR A DIREITA APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Exame físico:

EM USO DE IMOBILIZAÇÃO EM PUNHO

...pótese diagnóstica:

FRATURA-LUXAÇÃO TRANSESTILOPERIESCAFOSEMILUNAR

Prescrição/Conduta: DEVOLVO PACIENTE POIS ENCONTRA-SE COM O PUNHO LUXADO NECESSITANDO DE CIRURGIA DE URGENCIA

Horario/Checkagem

01 -	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 15/10/2019 as 18:11

Dr. (a) RENATO BELLO COSTA

CRM:

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 11 de Dezembro de 2019.

Declaro para os devidos fins de comprovação que Carlos
EdUARDO De M. FERREIRA, 20 anos de idade, foi atendido(a)
pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 11
de Outubro de 2019, às 09 h 50 min (número do registro da
ocorrência: 5699423).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Ocorrência de colisão de moto, vítima apre-
senta exacerbação em M.D e M.S.D + possí-
vel fratura de punho.

Encaminhado para o Hospital: Hospital João Murilo De Oliveira

Avaliado pelo(a) médico(a): José Vinícius Gomes dos Santos
CRM-PE 25516

Removido para o hospital de referência: _____

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação clínica e
neurologic.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Sousa M.

Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE


Isabella Mayara Sousa
... 192 - FMC

Isabella Mayara Sousa
... 192 - ENF



Wesp Geral A.A. Lima - Rolo - X

Paciente D. P.A.
CARLOS EDUARDO DE M. FERREIRA

Do
Lateral
6/Dez/2019 13:36:23





Nome: CARLOS EDUARDO DE MACALHAES
HOSPITAL REGIONAL JOAO RUSSO

Região: 781237

Data Rec: 26/07/2018

Meu nome é CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

Sinistro: 3100/112827 CPF: 146.121.324-08

ESTOU ENVIANDO AS FOTOS DOS MEUS RAIO X POIS NÃO TENHO MAIS DOCUMENTACAO MEDICA PRA MANDA , ESPERO QUE A SEGURADORA ANALISE O MEU PROCESSO POIS TIVE FRATURA E DESEJO RECEBER A MINHA IDENIZACAO DO SEGURO DPVAT.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NÚMERO 10.439.628 DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/08/2016

<< CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA >>

<< MARINALDO TEOTÔNIO FERREIRA >>

<< JOSENETE MARIA DE MAGALHÃES >>

NACIONALIDADE DATA DO NASCIMENTO
GRAVATÁ - PE 29/03/1999

<< 074302 01 55 2000 1 00021 200 >>

0025559 41 CHÃ GRANDE, PE

LEI Nº 7.116 DE 29/06/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUSH

09R26

Carlos Eduardo de M. Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
5733.51C7.2B57.DC15



Emitido pela Secretaria da Receita Federal
às 11:56:28 do dia 21/06/2017 (hora)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
146.121.324-08

Nome
CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA

Nascimento
29/03/1999

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

09R26

Nelson Rodri Gaur de Lima Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.206.836

28/07/2015

<< NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO >>

<< NELSON RODRIGUES DE LIMA >>

<< MARIA JOSÉ TENÓRIO DE LIMA >>

GRAVATÁ - PE

25/11/1974

<< 002899 01 55 1975 1 00010 214 >>

0006869 00 CAMPO ALEGRE-AL >>

035.910.454-11

415831682409110933.6483659

1-47 87.485 - 3021

COMPREV

COMPRESSÃO E MANUTENÇÃO S/A

12 MAR 2023

PROTOCOLO

AGÊNCIA REGISTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014084456914
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DDD RENAVAM 530063630 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2019

NOME MARIA DE FATIMA SANTOS

CMA GRANDE-PE

CPF/CNPJ 028.888.924-96

PLACA 1GF9415

PLACA ANTIGA ***** CHASSI 9C2FC1670DR020804

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA CG 150 FAN ESI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

DIR/POT/CL 22/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA 1 IPVA 2019 QUITADO 1 *****

PARCELAMENTO/COTAS 2 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11 ICF (R\$) 0.42 PREMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 28/01/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

Marcelo Druto da Costa Correia

CMA GRANDE-PE DATA 01/02/19

Marcelo Druto da Costa Correia

PE Nº 014084456914 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARIA DE FATIMA SANTOS

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

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

CMA GRANDE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/02/19

VIA 1 CPF/CNPJ 028.888.924-96 PLACA 1GF9415

RENAVAM 530063630 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013 CALIBRE 09 NR CHASSI 9C2FC1670DR020804

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) 26.05 DETRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 80.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 ICF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO (SEGURO) (R\$) 84.58

PAGAMENTO ☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 28/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTO ORIGINÁRIO

FEV-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHA DE CIRURGIA, RESUMO DE ALTA HOSPITALAR.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR FOLHA DE CIRURGIA E/OU RESUMO DE ALTA HOSPITALAR PARA DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

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 MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200112827 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES **Data do acidente:** 14/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
FERREIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

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

1. OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA

portador(a) do documento de identidade nº: 10439628, expedido por SDS/PE, em 17/08/16, inscrito no CPF sob o nº: 146.121.324-08,

residente: SÍTIO TIPIM, nº: 1083, complemento: CASA,

Bairro: RURAL/Santa Luzia, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

2. OUTORGADO: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

portador(a) do documento de identidade nº: 5.206.836, expedido por SDS/PE, em 28/07/15, inscrito no CPF sob o nº: 035.910.454-11,

residente: RUA JOÃO BATISTA DE VASCONCELOS, nº: 17, complemento: CASA,

Bairro: MANUEL E. BARBOSA, cidade: CHÁ GRANDE, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA Acidente ocorrido no dia 14/10/19, do sinistro de DPVAT da natureza invalidez.

CHÁ GRANDE, 13 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE: Carlos Eduardo Magalhães Ferreira

(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço por Autenticidade a firma indicada de CARLOS EDUARDO DE MAGALHÃES FERREIRA que confere c/ o padrão reg. nesta serventia, Dou fé.

Cecília Betariz do Nascimento e Silva
(Escrevente autorizado)

Chã Grande, 13 de dezembro de 2019. Em test. PO da verdade.

Válido somente com o selo 0074302.WGA11201901.01503

Emal: R\$ 3,59 TENR R\$ 0,80 PERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSD R\$ 0,74 Total R\$ 4,91



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Número do Sinistro: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Número do Sinistro: 3200112827

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089372/20

Vítima: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERR

CPF: 146.121.324-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/10/2019

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO : 035.910.454-11

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

CARLOS EDUARDO DE MAGALHAES FERREIRA : 146.121.324-08

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: 12/03/2020
Nome: NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO
CPF: 035.910.454-11

NELSON RODRIGUES DE LIMA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS