



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE JAMBUÁ

32ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 32ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO
MARANGUAPE - DP32ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0122001846**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/11/2016 às
11:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 6/6/2016 às 19:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA DJALMA DUTRA, 1, NA ESQUINA DA
SEGUNDA RUA PERPENDICULAR - Bairro: JANGA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTO LESÃO NO TRÂNSITO (AUTOR (AGENTE):
JOSE WANDERLEI ANGELO DA SILVA (OUTRO):
RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS (VÍTIMA):

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a) RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

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

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **ROSRYE GALVÃO DE PAULA** Pai: **MANOEL ROBERTO DE FARIAS** Data de
Nascimento: **20/12/1984** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **88181448437 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRADU**
COMPLETO Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares:
- 9836880320

Exame pericial (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA ATENAS, 572, TERMINAL DO ÔNIBUS DE PAU AMARELO -**
CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE WANDERLEI ANGELO DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

AUTO LESÃO NO TRÂNSITO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, Nº.175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

estabelecimento comercial - telefone do Condato -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160.BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **(REAL)**

Placa: **OTT5632** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO; Classe: **3C2MD0940ERG56223**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

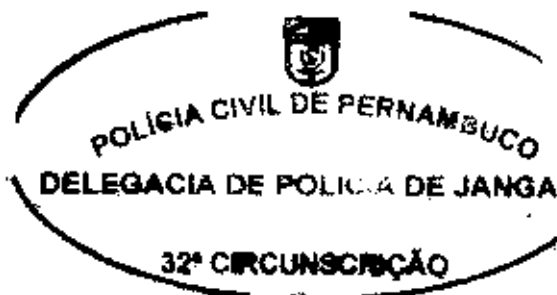
Complemento / Observação

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA ASSINALADA, QUANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO DERRAPOU NA CURVA E CAIU, VINDO A SE LESIONAR, SENDO SOCORRIDO PELOS POPULARES PARA O HOSPITAL PROTOLOINDA, CONFORME PRONTUÁRIO N° 86214, SENDO CIRURGIADO E INTERNADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

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

Ricardo Galvão de Paula Farias
RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
(VITIMA)

Adenilson da Silva Ferreira
B.O. registrado por: **ADENILSON DA SILVA FERREIRA** - Matrícula: **2112442**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1138903/16
Vítima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
CPF: 051.914.464-37

Data do Acidente: 06/06/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA : 374.698.784-91

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

RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS : 051.914.464-37

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 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.

Portador da documentação entregue

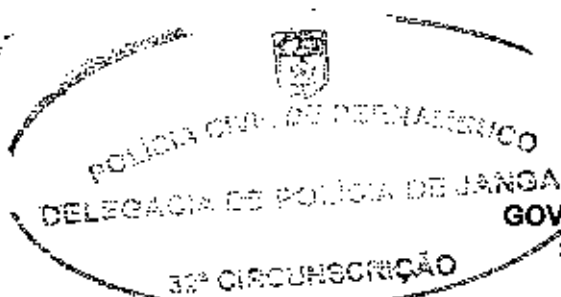
Data: 03/11/2016
Nome: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA
CPF/CNPJ: 374.698.784-91

FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 03/11/2016
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

José Soares da Silva Filho



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE -
DP32ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0122000029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2017** às **10:09**

Complementa o BO Número: **16E0122001846**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2016** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DJALMA DUTRA, 1, NA ESQUINA DA SEGUNDA RUA**

PERPENDICULAR - Bairro: **JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTO LESÃO NO TRÂNSITO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ WANDERLEI ANGELO DA SILVA (OUTRO)
RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS (VITIMA)

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**

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

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSETE GALVÃO DE PAULA Pai: MANOEL ROBERTO DE FARIAS Data de Nascimento: 20/12/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 05191446437 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 983580329

Endereço Residencial: **RUA ATENAS, 572, TERMINAL DO ÔNIBUS DE PAU AMARELO - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ WANDERLEI ANGELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

AUTO LESÃO NO TRÂNSITO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ WANDERLEI ANGELO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **0,00 (REAL)**

Placa: **OYT5032** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0S40ER085223**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAZOLINA**

Complemento / Observação

DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA ASSINALADA, GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO DERRAPOU NA CURVA E CAIU, VINDO A SE LESIONAR, SENDO SOCORRIDO PELOS POPULARES PARA O HOSPITAL PROTOLINDA, CONFORME PRONTUÁRIO N° 86214, SENDO CIRURGIADO E INTERNADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

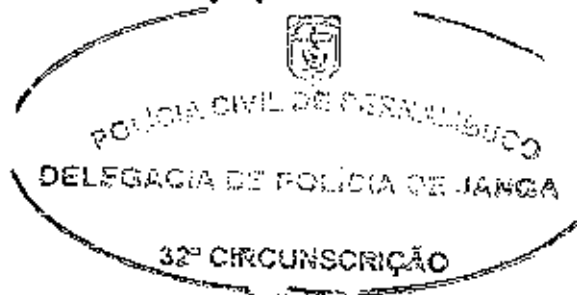
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

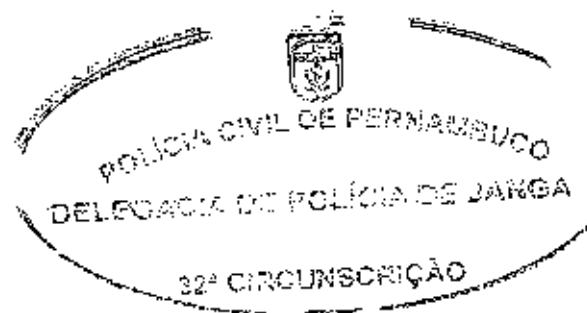
RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

(VITIMA)

Ricardo Galvão de Paula Farias

B.O. registrado por: **JOSE ESPIRITO SANTO FELIZARDO FILHO** - Matrícula: **221142-4**







Eu, Ricardo Galvão de Paula Farias, portador da carteira de identidade nº 5.854.532 SSP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.914.464-37, residente e domiciliado na Rua Aterro, 532, Nda Sra do O, Pau Amarello, CEP 53429-000, Cidade Paulista, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que 520 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ricardo Galvão de Paula Farias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Paulista 01 Novembro 2016

Local e data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

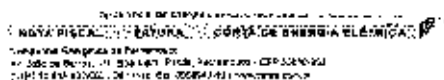
CLIENTE: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000019747-0

Nr. da Autenticação 8B7DA3F8E3B5B864

[illegible]

P. S. D. C. OFFICE HOURS
 2:15-5:15 P.M.
 434-45-600

7005906834 28/2016

DATA DI VERIFICA	DATA DI VERIFICA
25/08/2018	12/09/2018

1990-1991	1990-1991	1990-1991
1990-1991	1990-1991	1990-1991
1990-1991	1990-1991	1990-1991
1990-1991	1990-1991	1990-1991

PRESTON, C. A. & B. A. NOTH. 1981.

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

COMBUSTION MOTOR CONSUMPTION DATA FOR ENRICH									
TIME	TIME TO	FUEL		WATER	WATER	WATER	WATER	WATER	WATER
START	STOP	WATER	WATER	WATER	WATER	WATER	WATER	WATER	WATER
10:00	10:05	10:00	10:05	10:00	10:05	10:00	10:05	10:00	10:05
10:10	10:15	10:10	10:15	10:10	10:15	10:10	10:15	10:10	10:15
10:20	10:25	10:20	10:25	10:20	10:25	10:20	10:25	10:20	10:25
10:30	10:35	10:30	10:35	10:30	10:35	10:30	10:35	10:30	10:35
10:40	10:45	10:40	10:45	10:40	10:45	10:40	10:45	10:40	10:45
10:50	10:55	10:50	10:55	10:50	10:55	10:50	10:55	10:50	10:55
11:00	11:05	11:00	11:05	11:00	11:05	11:00	11:05	11:00	11:05
11:10	11:15	11:10	11:15	11:10	11:15	11:10	11:15	11:10	11:15
11:20	11:25	11:20	11:25	11:20	11:25	11:20	11:25	11:20	11:25
11:30	11:35	11:30	11:35	11:30	11:35	11:30	11:35	11:30	11:35
11:40	11:45	11:40	11:45	11:40	11:45	11:40	11:45	11:40	11:45
11:50	11:55	11:50	11:55	11:50	11:55	11:50	11:55	11:50	11:55
12:00	12:05	12:00	12:05	12:00	12:05	12:00	12:05	12:00	12:05
12:10	12:15	12:10	12:15	12:10	12:15	12:10	12:15	12:10	12:15
12:20	12:25	12:20	12:25	12:20	12:25	12:20	12:25	12:20	12:25
12:30	12:35	12:30	12:35	12:30	12:35	12:30	12:35	12:30	12:35
12:40	12:45	12:40	12:45	12:40	12:45	12:40	12:45	12:40	12:45
12:50	12:55	12:50	12:55	12:50	12:55	12:50	12:55	12:50	12:55
13:00	13:05	13:00	13:05	13:00	13:05	13:00	13:05	13:00	13:05
13:10	13:15	13:10	13:15	13:10	13:15	13:10	13:15	13:10	13:15
13:20	13:25	13:20	13:25	13:20	13:25	13:20	13:25	13:20	13:25
13:30	13:35	13:30	13:35	13:30	13:35	13:30	13:35	13:30	13:35
13:40	13:45	13:40	13:45	13:40	13:45	13:40	13:45	13:40	13:45
13:50	13:55	13:50	13:55	13:50	13:55	13:50	13:55	13:50	13:55
14:00	14:05	14:00	14:05	14:00	14:05	14:00	14:05	14:00	14:05
14:10	14:15	14:10	14:15	14:10	14:15	14:10	14:15	14:10	14:15
14:20	14:25	14:20	14:25	14:20	14:25	14:20	14:25	14:20	14:25
14:30	14:35	14:30	14:35	14:30	14:35	14:30	14:35	14:30	14:35
14:40	14:45	14:40	14:45	14:40	14:45	14:40	14:45	14:40	14:45
14:50	14:55	14:50	14:55	14:50	14:55	14:50	14:55	14:50	14:55
15:00	15:05	15:00	15:05	15:00	15:05	15:00	15:05	15:00	15:05
15:10	15:15	15:10	15:15	15:10	15:15	15:10	15:15	15:10	15:15
15:20	15:25	15:20	15:25	15:20	15:25	15:20	15:25	15:20	15:25
15:30	15:35	15:30	15:35	15:30	15:35	15:30	15:35	15:30	15:35

[illegible]

[illegible]

BILANZ DER VEREINIGTEN DRAMATISCHEN THEATERN					BILANZ DER VEREINIGTEN DRAMATISCHEN THEATERN		
Posten	1999/2000		2000/2001		Posten	2000/2001	
	Saldo	GuV	Saldo	GuV		Saldo	GuV
Aktiva					Passiva		
1. Anlagevermögen	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1. Eigenkapital	1.000,00	1.000,00
2. Umlaufvermögen	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2. Rücklagen	2.000,00	2.000,00
3. Sonstiges Vermögen	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3. Verbindlichkeiten	3.000,00	3.000,00
4. Sonstige Vermögensgegenstände	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4.000,00	4. Sonstige Verbindlichkeiten	4.000,00	4.000,00
5. Sonstige Vermögensgegenstände	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5. Sonstige Verbindlichkeiten	5.000,00	5.000,00
6. Sonstige Vermögensgegenstände	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6.000,00	6. Sonstige Verbindlichkeiten	6.000,00	6.000,00
7. Sonstige Vermögensgegenstände	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7.000,00	7. Sonstige Verbindlichkeiten	7.000,00	7.000,00
8. Sonstige Vermögensgegenstände	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8. Sonstige Verbindlichkeiten	8.000,00	8.000,00
9. Sonstige Vermögensgegenstände	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9.000,00	9. Sonstige Verbindlichkeiten	9.000,00	9.000,00
10. Sonstige Vermögensgegenstände	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10. Sonstige Verbindlichkeiten	10.000,00	10.000,00
11. Sonstige Vermögensgegenstände	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11. Sonstige Verbindlichkeiten	11.000,00	11.000,00
12. Sonstige Vermögensgegenstände	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12. Sonstige Verbindlichkeiten	12.000,00	12.000,00
13. Sonstige Vermögensgegenstände	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13.000,00	13. Sonstige Verbindlichkeiten	13.000,00	13.000,00
14. Sonstige Vermögensgegenstände	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14.000,00	14. Sonstige Verbindlichkeiten	14.000,00	14.000,00
15. Sonstige Vermögensgegenstände	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15. Sonstige Verbindlichkeiten	15.000,00	15.000,00
16. Sonstige Vermögensgegenstände	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16. Sonstige Verbindlichkeiten	16.000,00	16.000,00
17. Sonstige Vermögensgegenstände	17.000,00	17.000,00	17.000,00	17.000,00	17. Sonstige Verbindlichkeiten	17.000,00	17.000,00
18. Sonstige Vermögensgegenstände	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18. Sonstige Verbindlichkeiten	18.000,00	18.000,00
19. Sonstige Vermögensgegenstände	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19.000,00	19. Sonstige Verbindlichkeiten	19.000,00	19.000,00
20. Sonstige Vermögensgegenstände	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20. Sonstige Verbindlichkeiten	20.000,00	20.000,00
21. Sonstige Vermögensgegenstände	21.000,00	21.000,00	21.000,00	21.000,00	21. Sonstige Verbindlichkeiten	21.000,00	21.000,00
22. Sonstige Vermögensgegenstände	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22. Sonstige Verbindlichkeiten	22.000,00	22.000,00
23. Sonstige Vermögensgegenstände	23.000,00	23.000,00	23.000,00	23.000,00	23. Sonstige Verbindlichkeiten	23.000,00	23.000,00
24. Sonstige Vermögensgegenstände	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24.000,00	24. Sonstige Verbindlichkeiten	24.000,00	24.000,00
25. Sonstige Vermögensgegenstände	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25. Sonstige Verbindlichkeiten	25.000,00	25.000,00
26. Sonstige Vermögensgegenstände	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26. Sonstige Verbindlichkeiten	26.000,00	26.000,00
27. Sonstige Vermögensgegenstände	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27. Sonstige Verbindlichkeiten	27.000,00	27.000,00
28. Sonstige Vermögensgegenstände	28.000,00	28.000,00	28.000,00	28.000,00	28. Sonstige Verbindlichkeiten	28.000,00	28.000,00
29. Sonstige Vermögensgegenstände	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29. Sonstige Verbindlichkeiten	29.000,00	29.000,00
30. Sonstige Vermögensgegenstände	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00	30. Sonstige Verbindlichkeiten	30.000,00	30.000,00
31. Sonstige Vermögensgegenstände	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31. Sonstige Verbindlichkeiten	31.000,00	31.000,00

CONFIDENTIAL	SEARCHED	DATE OF REPORT	TOTAL PAGE(S)
70500004	200016	25/08/2016	55,88

838700000001 859800110072 005986834103 056721464730



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C

Boa Vista.- CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados nesta 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 nº 8.613/98.

Pelo exposto, eu FLAVIO ROBERTO HAZIN LOPES, portador(a) do

RG nº 2311307, expedido por SP PE, em

22/06/93 CPF/CNPJ nº 374698784-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) RICARDO

Galvão P. FARIAS do sinistro de DPVAT da natureza 1 VALOR DE

da vítima RICARDO GALVÃO P. FARIAS, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOCADO Renda Mensal: R\$ Reverso

Documentos comprobatórios: Reverso

Flavio Roberto Hazin Lopes
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. (PRONTOLINDA)

AVENIDA DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA, 265 - OLINDA - PE - C.N.P.J.: 06047087001291

REGISTRO DE ENTRADA DE PACIENTE

Nome: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS Leito: E-1B
Reg./ro.: 1244093 Prontuário: 000086214
Data de nascimento: 20/12/1984 31 anos
Endereço: RUA ATENAS Nº 572
Bairro: NOSSA SENHORA Cidade: PAULISTA Estado: PE
CEP: 53429520 Telefone: (81) 34364614 Celular: 8186451340
Profissão: OUTROS Est. Civil: Solteiro Sexo: Masculino
Natural de: RECIFE CPF: 05191446437 Id.: 5854572 SSP

RICARDO GALVAO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 31a5m17d
Reg: 1244093 - Pront: 000086214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
Matricula: 843195528
Leito: E-1B
1244093

309 A

Responsável: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Endereço: RUA ATENAS
Bairro: NOSSA SENHORA Cidade: PAULISTA UF: PE CEP: 53429520
Telefone: (81) 34364614
Profissão: OUTROS
Identidade: 5854572 CPF: 051.914.464-37

Convênio: 043/10 SAUDE EXCELSIOR/670-EXPRESS - RECIFE

Matricula: 843195528

Senha: 12345678901234567890 Validade: 07/06/2016
Acomodação
Cobertura: p/Acompanhante
[] Sim [] Não [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão: 06/06/2016, 20:55h Previsão de Alta: 07/06/2016, 10:00h
Médico: 012926 MANUEL RODRIGUES NETO Clínica: ORTOPEDIA

Atendimento: CIRURGICO

Observação: AUT 1 DIARIA EM ENF S//ACOMP S//CAUÇAO NÃO LIBERAR DESPESAS EXTRAS. HD: PRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

I - A REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, os médicos do corpo e respectiva equipe estão autorizados a tomar todas as providências necessárias à preservação da minha saúde e vida, inclusive, mas não somente, transfusão de sangue, cateterismo, transfusão, punção, intervenção cirúrgica, execução do tratamento proposto, internação em terapia intensiva e outras medidas de todos os procedimentos necessários ao meu adequado tratamento.

II - Assumo total responsabilidade pelo pagamento dos custos advindos do tratamento a que for submetido(a) pela REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, estando ciente de que estão incluídas nesta autorização, todas as despesas resultantes de exames e do consumo de material e de medicamentos utilizados nos cuidados médicos-hospitalares que se fizerem necessários ao meu integral tratamento, inclusive materiais especiais, além de consumo de frigobar e despesas com acompanhante, caso não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde.

III - Serão de minha responsabilidade todas as despesas oriundas de eventuais danos materiais causados nas dependências da REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, oriundos de meus atos e/ou praticados por meus responsáveis, acompanhantes ou visitas.

IV - Estou ciente e concordo que todos os pagamentos devidos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude de minha internação e dela decorrentes, não autorizadas pelo plano / seguro / convênio de saúde, ou nos casos de atendimento particular, deverão ser realizadas junto ao hospital, no prazo máximo de até 3 (três) dias úteis após o contato do setor de contas a receber, que poderá ser por telefone, e-mail, telegrama ou qualquer outro meio de comunicação admitido por lei.

V - Comprometo-me a proceder à leitura do "Manual de Normas e Orientações do paciente" que me foi entregue nesta oportunidade responsabilizando-me integralmente pelos danos causados a mim ou a terceiros pelo não observância das normas e regras estabelecidas.

VI - Optei livremente por acomodação: _____, de qual assumirei o pagamento da diferença e inclusive nos honorários médicos, de eventuais despesas extras (frigobar, telefone, refeições etc.) quando estiverem em desacordo com o efetivamente autorizado pelo plano / seguro / convênio de saúde ao qual estou vinculado.

VII - Todas as informações ora fornecidas são verdadeiras, garantindo a autenticidade de todos os dados prestados, responsabilizando-me por todas as declarações falsas ou inexatas que prestar e que vierem a causar prejuízos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda.

VIII - Estou ciente de que na fatura emitida por este hospital não estarão incluídos honorários médicos referente à assistência ou exames realizados no período de internação em apartamento e/ou enfermaria, nas unidades de terapia intensiva, no pronto socorro, na hemodinâmica e no centro cirúrgico. Devendo o referido pagamento ser realizado diretamente aos médicos responsáveis pelo atendimento (exceto clínico médico e pediatria) no atendimento de urgência.

IX - Neste momento recebi uma cópia e possuo pleno conhecimento de todo o presente termo.

Recife, 06 de Junho de 2016

Assinatura do Responsável

HOSP E MAT SAO LUIZ S.A. (PR)

Nome Legível

Recepção: IZABELA SILVA Alta: ____/____/____ Hora: ____:____ Motivo: ____

Custo Enf.: ____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

[illegible]

Anotações de enfermagem
 Paciente fez uso do kit vacinação yellow box.

Atenção p/ Lido Lirio.

Thamy Rocio
 Enfermeira
 CRP 309.898

Diagnóstico final do serviço de emergência:		
1-	fratura manopla (R)	CID 10:
2-		CID 10:
3-		CID 10:
Horário de Conclusão do atendimento ____ : ____ h		
Destino do paciente		

☐ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência _____
☒ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento ☐ Encaminhamento a outra especialidade _____
☐ Atestado Dias: _____ ☐ Declaração _____

05.802.494/0001-41

☐ Declaração

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, NR 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 3135m17d
Reg: 1244093 - Pront: 000086214
SAÚDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
Matrícula: 843195525

Paciente: RICARDO GALVÃO DE PAULA

Leito: 309A

1244093

Leito: 309A

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
06/06/16 20:55 L	Paciente em fraldas no tocamento @ internam p/ 1ro exame CA: - fralda 9 1ro exame - Ass. Ginec. de Dr. Manoel Rocha - VPM
07.06.16 00:10	Enfermagem Paciente admi no setor, proveniente da urgência em HO. Fratura de tórax @ com MDL em sala imo- bilizada. Comente orientado respiração espontânea. Refere dor em MDL, medicado na urgência com tramal e tylen. Aguardando resposta para nova conduta medicamentosa. SSV: normotense, normoventilado, eupneico e afilado. Dito U.O. e linfáticos (+). Ausc em MDL sem presença de sinais positi- vos nega em. Refere ser hipertenso, alérgico a Dipirona + reflex + PAS solicitado para cardiologia. paciente ansioso.

Thiago Silva
Otopedista / Otorrinolaringologista
CRM-PR 15.142

Cada anotação deve ser assinada

Data/Hora	
contínuo - 00:00 →	Segue aos procedimentos avaliar SVO 6/6h, medicar CPM; avaliar sup. risco de fobite; acompanhar a evolução da lesão P. cardiológico; MID elevado;
	Fátima de Oliveira Enfermeira CRM/PE 18.414
07/06/16	#ACOLHIMENTO# Paciente admitida na Unidade para atendimento de fratura em tornozelo. No momento encontra-se em estado de alerta. O acompanhamento é realizado.
	Thiago Mota Médico CRM/PE - 18.414
07/06/16 8:40h	Paciente com dor tornozelo apresenta sinais vitais estáveis SVO, SPO2, FC, TA, PR, todos estáveis.
	Uso - Vaso no tornozelo
07/06/16 13h	Paciente internada p/ G37B, consciente, orientada, dis- tante, criativa, anamnese atualizada, tosse, hipo- cálcica; AUP em MSD para a com sinais flogísticos agudos. Paciente do Cardiológico BC aguardando p/ exa- me.
	Ana Lourdes Barbosa Enfermeira COREN/PE 442.704



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Paciente:

Ricardo Galvão

Leito:

RICARDO GALVÃO DE PAULA

FARIAS

Nasc: 20/12/1984 - 31a5n18d

Reg: 1244893 - Pront: 800086214

SAÚDE EXCELSIOR

Entrada: 05/08/2016 - Hora: 20:55

Matricula: 843195525



Leito: 417B

1244893

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

07

06

10

14:10

C. HOSPITALAR

NCA AAF e outros (novos alunos)

MEU DM

MEGA discussões, Swann

VBTA Pressão C. Mera

Bumex, bem mais

RCA 11 PA

RNF Pulm. L

S/C de T.M.

ECG = Normal.

Risco cardiovascular Normal

Dr. Luiz Carlos dos Santos
Cardiologista
CRM 7489

070636

15/01

HISTÓRIA

em 11/10/10 chido a

educação per. e de

11/11/10 outros

DR. GEORGE DE SANTOS PEREIRA
Médico
CRM 91.111

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

08/06/16

Paciente sem dor no membro
sem febre nem
respiração ruim
com exames labor de 16/06/16
VEM

Roberta França
Nutricionista
CRN 8087

08/06/16
22h

*** Enfermagem ***

Paciente retorna do bloco cirúrgico, Pericardite
Quirúrgica, artéria aorta, coronária,
crucifera, apêndice, supracardio, Duchotodo,
normocromico, SSV crônico, sup eim MSD,
dieta líquida 23 dias, HIP mobilizada,
elutricação espontânea, segue aos cuidados
do enfermeiro.

cd: - Verificar SVD de 6h.
- avaliar res
- medicação p.v.

Roberta França
Nutricionista
CRN 8087

09.06.16 Nutrição

09:43

Paciente sem risco nutricional conforme res, 200
unidade de assistência nutricional secundária.

P = 130 kg, A = 1,86, IMC = 36,78 → Obesidade grau II.

Curva com baixa excitação alimentar, mesa
perda ponderal, mesa oligia alimentar, refere
HAS.

*** Conduta:** Dieta hipossódica, via oral, 6x/dia.

*** Plano Terapêutico:** Acompanhar excitação alimentar,
Seguir protocolo de assistência; Reavaliar em 18/06/16

Roberta França
Nutricionista
Hospital Esperança Onda
CRN 8087



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

03/06/16

Paciente com quadro de insuficiência renal crônica, em diálise, com quadro de insuficiência cardíaca, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória com melhora dos sintomas.

Assinatura do profissional de saúde

02/06/16

* Enfermagem

22h

Paciente de sexo masculino, 55 anos, com histórico de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença coronária, insuficiência renal crônica, em diálise, com quadro de insuficiência cardíaca, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória com melhora dos sintomas.

09.06.16

Nutrição

09:43

Paciente com quadro nutricional e anorexia vesicular de assistência nutricional secundária. P = 130 kg, A = 1,80, IMC = 39,78 → Obesidade grau II. Evolução com perda de peso alimentar, melhora da ingestão alimentar, melhora da ingestão alimentar, melhora da ingestão alimentar.

* Conduta: dieta hiposódica, rica em proteínas, 6x/dia.
* Plano Terapêutico: acompanhar evolução alimentar, seguir protocolo de assistência; Reavaliar em 18/06/16.

Roberta França
Nutricionista
Hospital Esperança
CRN 6087



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

03/06/16

Enfermagem

16:00

Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normotensa, sem febre, não realiza procedimento cirúrgico. AV, n 912. Sem sinais físicos. Aprox 10/10/16. Eliminações fisiológicas. Paciente recebe alta medicamentosa. Paciente segue ao CC para procedimento.

Albina K. Fernandes de Lima
Enfermeira
COREN-PE 461.559

Uma semana, paciente recebe proclamação circulatória.

Albina K. Fernandes de Lima
Enfermeira
COREN-PE 461.559

03/06/16

Tras retorno a Tm como as
Analisadas (1) + Lm Litman 100. 50% RAPIDIA +
500-5
Procedimento Tm 100% sem interrupção

Albina K. Fernandes de Lima
Enfermeira
COREN-PE 461.559

09/06/16

Enfermagem

17:30

Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normotensa, apóvil eufônico, DVO, AVP notado, eliminações fisiológicas (+) etc. Paciente recebe 1º Raio X, e segue de alta hospitalar.

Albina K. Fernandes de Lima
Enfermeira
COREN-PE 461.559



RICARDO CALVAO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 3155m18d
Reg: 1244093 - Pront: 003085214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
Matricula: 043195525

Leito: 417B
1244093

[illegible]



ESPERANÇA

EVOLUÇÕES CLÍNICAS

Paciente:

Leito:

RICARDO GALVÃO DE PAULA

FARIAS

Nasc: 20/12/1984 - 31g5m19d

Reg: 1244093 - Pront: 000096214

SAÚDE EXCELSIOR/

Entrada: 08/06/2016 - Hora: 20:55

Matrícula: 843195525



Leito: 417B

1244093

Data/Hora

Cada anotação deve ser assinada

9/6/16

10:00h

3h

Exame físico - Se de - 30.7.16

Exame físico - Se de - 30.7.16

Alteração sistema de

Sistema de

Se de - 30.7.16

Exame físico - Se de - 30.7.16

Se de - 30.7.16

Exame físico

Se de - 30.7.16

Carimbo e Assinatura do Médico



—

[illegible]



ESPERANÇA

0031 Filipe Aguiar / Danfêx / Dipinaone / HAS
 Prescrição Médica

RICARDO GALVÃO DE PAULA
 FÁRIAS
 Nas: 20/12/1984 - 31aSm17d
 Reg: 1244093 - Pront: 002086214
 SAÚDE EXCELSIOR/
 Entrada: 05/06/2018 - Hora: 20:55
 Matrícula: 843195525



Leito: E-18

1244093

309A

BS

Paciente: Ricardo Galvão

Convênio: RE

Sector: RE

Leito: 309A

Registro: 309A

Data / Hora	Médico	Enfermagem	
		Horário da Medicação	Descartáveis
06/08/16	1) DISTA 21 AAS	SND	
	2) JETCO 400mg	monfido	
	3) Tramadol 100 + st 0,9% 100 mL	SV R/R/L	14
	4) Tylenol 300 mg	em comp VO R/R/L	14
	5) Naloxona 4mg + AD SV R/R/L	SIN	14
	6) Lasix 20 mg + AD SV MANHA / JORN	SIN	14
	7) Toradol 3 mg	em comp VO	14
	8) Clonazepam 0,5 mg	SC 1 x DIA	14
	9) MID clonado	evento	
	10) Gelo em tornozelo @ 20'	4/14	29.04.08 12.16
	11) Paracetamol Cardiovascular		
	12) Anestesia local Dr. Manoel Adriano		
	13) CCBT JUV	cl Estima	

Thiago Serpa
 Enfermeiro
 CRM/PE 5.142

Rosana Maria de S. Leite
 Enfermeira
 CRM/PE 399137

Fátima da Oliveira
 Enfermeira
 CRM/PE 381.154

14. Profenid 500mg - di AM + SP D. 9% 1ml, IV, 14/16

15. Fenilam - di AM, IM, 14/16

02/15

13 (Serpente)

CRM/PE - 18.414



ESPERANÇA

Prescrição Médica

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS

Nasc: 20/12/1984 - 31a5m18d
Reg: 1244093 - Pront: 000086214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 05/05/2016 - Hora: 20:55
Matricula: 843195525

anda n°

Lucões

Leito: 417B

tro:

--	--	--	--	--	--	--

Paciente: Dando Velasco

Convênio:

Sector:

1244093

Data / Hora	Médico	Enfermagem	
		Horário da Medicação	Descartáveis
07/06/16	Muito p HAS (zero após 800ms de amonho) pneu hipertigado Kamuel 100 + 500,00 200ml PU em duas de 8/8hs Ansef 20mg 2mg + AD 100 de 10h (SU) Lecic 100 20mg 10 p/monho (SUSPENSO) Lecicam 2mg 10 p/monho Paseos indolipico 100mg Tulix 20 10 de 10h (PU) Kamuel 100 100	SND manter - 14 28° 05: com 23° cinti com 1/30 OK	
15/06/16	Allegro 120 - 1 vez 100ml Anexo: - BENICAM 20 01h/NOITE	15 urgente. 28°	Paula Andrade Enfermeira CORÉ-PE 431448 Klebia K. Fernandes de Lima Enfermeira CORÉ-PE 481.559

Dr. Andr ago Carvalho
Médico
CRM - PE: 20245

① Atensina 0,100 mg, of q. VO, Se PAS $\rightarrow$ 160 ou PAD $\geq$ 110 of $\rightarrow$

Dr. Luiz Carlos dos Santos
Cardiologista
CRM 1469

Cód.: 82001 - Frente



ESPERANÇA

Prescrição Médica

22 49

Answer

Q. 10

RICARDO CALVÃO DE PAULA

FÄRTÄS:

44 USC 20112/12/1984 - 31a5m19d

Reg: 1244093 - Print: 000086214

SAUDE EXCELSIOR/

Entrada: 06/05/2016 - Hora: 20:55

Matricola: 043195526

Paciente:

Leito: 417B

Convênio:

Setor:

~ 1 alto:

Comanda n°

Devoções

Registro:

1244093

[illegible]

2007-2008



ESPERANCA

Prescrição Médica

RICARDO CALVAO DE PAULA
ERIAS
 Nascimento: 20/12/1984 - 31.05.184
 Reg: 1244093 - Pront: 000866214
 SAUDE EXCELSIOR/
 Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
 Matricula: 843195526
 Leito: 4178
 1244093

anda n°

Devoluções

Paciente: _____ Convênio: _____ Setor: _____ - Leito: _____ Registro: _____

[illegible]



ESPERANÇA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente:	RICARDO GALVÃO DE PAULA	Registro:	
Data:	02/05/16	Convênio:	AMIL
Cirurgião:	Dr. MARCO A. RIBEIRO	1º Auxiliar:	Dr. GABRIEL
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	
Anestesista:	Dr. ALBERTO	Tipo de Anestesia:	
Instrumentador:	Dr. ALBERTO		
Diagnóstico pré-operatório:	FRATURA DO TUBÉRCULO (A) + LESÃO LIGAMENTAR.		
Cirurgia:	TTO CIRÚRGICO DA FRATURA TUBÉRCULO (A) + TTO CIRÚRGICO DA LESÃO LIGAMENTAR.		
Diagnóstico pós-operatório:	A. ALBERTO		
Relatório imediato do patologista:	RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS Nasc: 20/12/1984 - 31a5m19d Reg: 1244093 - Pront: 000088214 SAÚDE EXCELSIOR/ Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:56 Matrícula: 843195625 Leito: 417B 1244093		
Exame radiológico:			
Acidente durante a cirurgia:			
Descrição Cirúrgica			
1) Lavagem da articulação com solução fisiológica + água.			
2) Abordagem por acesso anterior + controle da artéria.			
3) Incisão sobre o tubérculo (A).			
4) Dissecção da pele.			
5) Lavagem da fratura do tubérculo com solução fisiológica.			
6) Redução da fratura com auxílio de pinos e placa com fios de Kirschner.			
7) Lavagem da articulação.			
8) Lavagem da lesão ligamentar com solução fisiológica (A).			
9) Reparo ligamentar com 01 ancore de 3,5.			
10) Sutura da pele com fio de nylon.			
11) Curativo + medicação.			

ESPERANÇA

FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Acomodação

08/06/16

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

Br

34a

I

Paciente

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

CRM

161670

Nome do Anestesiologista

ANTONIO DE CARLOS CINTURA

Nome do Cirurgião

MANUEL RODEI GUER

Medicação Pré-anestesia

Urgência

☒ NÃO☐ SIM

Cirurgia

Procedimento cirúrgico de fatura de tornozelo direito

16h45	17h45	18h45
O ₂		
N ₂ O		
Líquidos	SRV 1.000 ml	
SaO ₂	100	100
ETCO ₂		
ECG	RA RN RS RL RI RS	
240		
220		
200		
180		
160		
140		
120		
100		
80		
60		
40		
20		
Anotações	Indicador: 16h45	
	Termino	

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

Nasc: 20/12/1984 - 31a Sm 19g

Reg: 1244093 - Pront: 000006214

SAÚDE EXCELSIOR/

Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55

Matrícula: 843195525

1244093

Leito: 417B

Drogas Usadas

Quantidade

Midazolam	5mg
Fentanyl	100ug
Colargina	2g
Bupivacaína P.	20ml
Morfina	80ug
Dexametasona	10mg
Clonidina	8mg
Paracetamol	100mg

Técnica Anestésica Raquiamente

① Paciente rentado ② Anestesia e antiespasmódica de dorso com álcool 70%
 ③ Punção subaracnóide em L3-L4 com agulha Quincke 25G com cateter de 1.8 fisiológico ④ Administração de 20mg de bupivacaína pesada e 80ug de morfina ⑤ Bloqueio

Monitorização

☐ BIS☒ Cardioscópio☐ Temperatura☒ Oxímetro☐ Swan-Ganz☒ PNI☐ Analisador Gases☐ Sonda Vesical☐ PVC☐ Capnógrafo☐ Estimulador de Nervo☐ Estet. Pré-cordial☐ Linha Arterial☐ Outros☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado

Destino

☒ SRPA☐ Apart./ Enf.☐ UTI☐ Externo

Intercorrência:

☐ NÃO☐ SIM

Desprever:

Observações

Dr. Antonio Carlos CINTURA
 Médico Anestesiologista
 CRM-PE nº 16.670

Assinatura do Anestesiologista

AA



CENTRO DE ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA DE OLINDA

Av. José Augusto Moreira, 647 - Casa Calada - Olinda/PE
CEP: 53.130-410 - Fone: (81) 3431.6523 / Fax: (81) 3431.3567
CNPJ: 04.889.356/0001-89

ESPECIALIDADES

MÃO

7/ LIGAMENTO CRUZADO DE P. FEMORAL

1000
2

COLUNA

TRATAMENTO COM HISTÓRIA DE TTD

CIRURGIA DE PRIMA TORSÃO (A)

NÃO É 90 DIAS

JOELHO

F.O DE 30M APÓS S/FLORES

BOA MOBILIDADE

QUADRIL

BOA FORÇA MUSCULAR

BOA FORÇA MUSCULAR (A)

PÉ E
TORNOZELO

10: PRIMA TORSÃO (A)

40:

10: PRIMA TORSÃO (A)

582

ALTA

OMBRO E
COTOVELO

CRISTALINA

SURTIU BOMAS CAMPAIGNAS E

CONDIÇÕES FÍSICAS ORTOSTÁTICA

POR 90 (NOVEMBRO) DIAS

TRAUMA E
FIXADOR
EXTERNO

Manuel Rodrigues Neto
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 12826
HSA: 244588-1

21/09/16



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICACAO

12.911.307

22.04.1966

DAVID ROBERTO MARTIN PEREIRA

DAVID PEREIRA DA SILVA

Maria Lurdes Martin Pereira

NACIONALIDADE

Recife-PE

28.04.1966

12.261-4F-264V-11.2/21-Capt.

Blinda-PE

374.698.782-91

ASSINATURA DO DIRETOR

1F N° 7118 DE 290020

12.911.307

22.04.1966

DAVID ROBERTO MARTIN PEREIRA

DAVID PEREIRA DA SILVA

Maria Lurdes Martin Pereira

NACIONALIDADE

Recife-PE

28.04.1966

12.261-4F-264V-11.2/21-Capt.

Blinda-PE

374.698.782-91

ASSINATURA DO DIRETOR

1F N° 7118 DE 290020



VALIDAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO

2.911.307 22.06.1991

LEONILDO ROBERTO HAZEN PEREIRA

Paulo Pereira da Silva
Maria Carmem Haysa Pereira

Recife-PE 28.04.1964

12.261-F.263v-B/71-Cart.

Olinda-PE

174.698.784-7

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



05.802.204/0001-41

TRAM. AUTOMATICA

DE REGISTRO

05 JAN 2001

Rua de Augusta, 100 - 11.º andar - Sala 1101

804 Vinte e Quatro - CEP 01200-010

RECIFE-PE



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO(VITIMA):

Nome: RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AVIÃO MOTO

Identidade: 58.545.32 SSP/PE CPF: 051914464-37

Endereço: RUA ATENAS N.º 512 PAULISTA

PROCURADOR:

Nome: RAVIO ROBERTO NAZIM PEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: AVIÃO MOTO

Identidade: 2911302 SSP/PE CPF: 31469878491

Endereço: RUA AITO 414 PAULISTA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador, acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios D.VAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio D.VAT, também perante os pontos de atendimento da Seguradora Líder (Corretora, Sincora e Corretoras), para fim específico de dar entrada no meu seguro D.VAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

07-10-16
Local e data



Ricardo Galvão de Paula Farias
Assinatura do Beneficiário(Vitima)
(reconhecer firma por autenticidade)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP 03401-401 - Paulista / PE
Fone: (51) 325.0001 - CNPJ: 11.517.081/0001-06



Reconheço, por autenticidade a firma RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS;
Dou fé. Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13. Emol.: R\$ 3,26; TSTF: R\$ 0,73; FERC: R\$ 0,37. Op. 65. MARIA DE LOURDES SIQUEIRA CAMPOS
Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tipe.jus.br/selodigital 0077552.0MS10201601.00250

05.802.434/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Amint



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/TEIA:

Nome: RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
 Profissão: ADVOGADO
 Identidade: 5354532 SSP/PE CPF: 051934464-32
 Endereço: RUA ATENAS N. 512 PAULISTA

PROCURADOR:

Nome: RAFAEL ROBERTO NAZIM PEREIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
 Profissão: ADVOGADO
 Identidade: 2911302 SSP/PA CPF: 314698784-91
 Endereço: RUA ALEJO 454 PAULISTA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador: acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder das Condições D+VAT, bem como perante quaisquer seguradoras que faz parte do Consórcio D+VAT, também perante as pontas de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sinceros e Conetores), para fim específico de dar entrada no meu seguro D+VAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

07-10-16
 Local e data



Ricardo Galvão de Paula Farias

Assinatura do Beneficiário/TEIA
 (reconhecer firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
 Bel. Paula de Siqueira Campos - Notário e Registrador
 Av. Manoel Furtado Moraes, 75 - CEP 20021-416 - Fátima, RJ
 Fone: (21) 3266-0011 - C.N.A. 11.547.016/0001-04



Reconheço, por autenticidade a firma RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
 Dou fe. Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13. Enot: PA 3, 248 T0001 PE
 0,731 FERC: RS 0,37. Op. 65. PAULA DE SIQUEIRA CAMPOS
 Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/saladigital 0677502.06510201601.00250

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

8 5 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170022977

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Data do acidente: 06/06/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / TORNOZELO DIREITO: 75% DE 25% = 18,75%

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

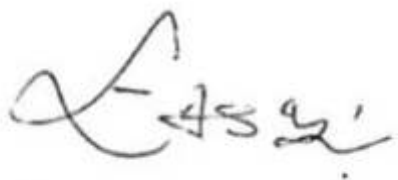
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10032853

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro: 3160678596 ASL-1138903/16
Vítima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10039436

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro: 3160678596 ASL-1138903/16
Vitima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10363260

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170022977 ASL-0007519/17
Vitima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10375111

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro: 3170022977 ASL-0007519/17
Vítima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10491743

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro: 3170022977 ASL-0007519/17
Vítima: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS
Data Acidente: 06/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001581**

Conta: **000000019747-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170022977 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ATENAS nº 572 - PAU AMARELO - PAULISTA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 5.854.572 - SSP**
Data local do exame: **31/01/2017 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA BIMALEOLAR TORNOZELO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS. EVOLIU COM CONSOLIDAÇÃO E ARTROFIBROSE

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LINFEDEMA, DOR, SINOVITE TIBIAL POSTERIOR E FIBULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 31/01/2017

Médico Perito: RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS CRM:14616/PE

Rodrigo Castro de Medeiros
Dr. Rodrigo Castro de Medeiros
Cirurgião de Coluna
CRM-PE 14 616

Assinatura do perito Examinador - CRM

CAMPO PREENCHIDO POR:

EU, Ricardo Galvão de Paula Farias

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
 - Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
 - Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
 - Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
 - Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
 - Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
 - Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
 - CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da Receita Federal www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISP/VAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
 - Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

Nº do BANCO	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)	Nº da CONTA (com dígito, se existir)
-------------	--	--------------------------------------

Nº do BANCO 104 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 583 Nº da CONT. (com dígito, se existir) 000 7747-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA E DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$43.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s último/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurostransite.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



AUTO-ATENDIMENTO - AG AV GUARARAPES

DATA: 01/11/2016

HORA: 14:17:01

TERMINAL: 00451266

CONTROLE: 004512660428

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1581.013.00019747-0
NOME: RICARDO GAVAO DE PAULA FARIAS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4639888340
NÚMERO DE CONTROLE: 305322897

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Cuidaria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 NOV. 2016

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Seguradora Líder - DPVAT

AO UTILIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Ricardo Galvão de Paula Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.854.542 EXPEDIDO POR SSP - PE EM 11/01/2017

CPF 051914464-3 CNPJ 000000000-0 PROFISSÃO Arquiteto

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ricardo Galvão de Paula Farias, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da privação à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecer termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Locatícia com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário(s).

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados), encieros com imagem digitalizada/scanner calado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta, ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

11/01/2017 01 de Janeiro de 2017
LOCAL E DATA

Ricardo Galvão de Paula Farias
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG AV GUARARAPES
DATA: 01/11/2016 HORA: 14:17:01
TERMINAL: 00451266 CONTROLE: 004512660428

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1581.013.00019747-0
NOME: RICARDO SALVAD DE PAULA FARIAS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4638688340
NÚMERO DE CONTROLE: 306322057

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-720 0101
Dúvidas da CAIXA: 0800-720 7474
www.caixa.gov.br

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JAN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE