



Número: **0036074-21.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,80**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68893058	01/10/2020 14:25	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 032ª 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 (Consumação)
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 de(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** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **89131448437 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª GRADUACAO**
COMPLETO Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:
- 993689220

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 ao 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 em

001 011 11 21



estabelecimento comercial - Telefone do Condado -

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

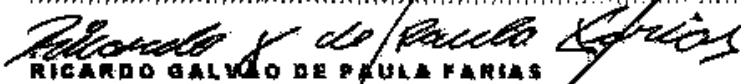
MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR160** SROS Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unidade: **(REAL)**

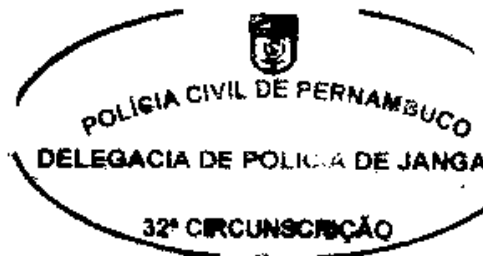
Placa: **0TT5632** (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO; Classe: **9C2MD0940ER056223**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

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 PROTOÍNDIA, GONFALVES, PRONTUÁRIO Nº 86214, SENDO CIRURGIADO E INTERNADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

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


RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADENILSON DA SILVA FERREIRA** - Matrícula: **2712447**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Condôcios da Segura DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/06/2016
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

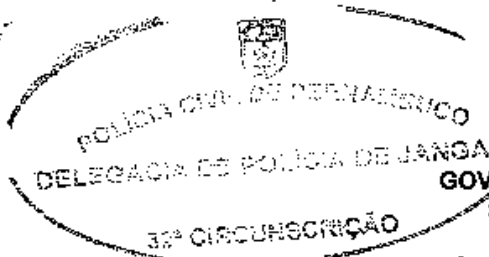
FLAVIO ROBERTO HAZIN PEREIRA

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/8ªDESECBOLETIM 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 PÚBLICA****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 (VÍTIMA)**05 JAN. 2017**Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.069-010
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)

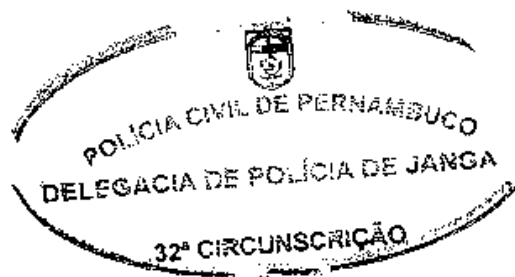
RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSETE GALVÃO DE PAULA** Pai: **MANOEL ROBERTO DE FARIAS** Data de Nascimento: **20/12/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **05191446437 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: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

04/01/2017 10:08





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: **9C2KD0S40E085223**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

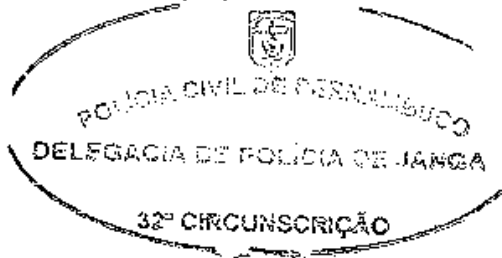
DECLARA QUE TRANSITAVA PELA VIA ASSINALADA, GUIANDO A REFERIDA MOTOCICLETA, QUANDO DERRAPOU NA CURVA E CAIU, VINDO A SE LESIONAR, SENDO SOCORRIDO PELOS POPULARES PARA O HOSPITAL PROTOLINDA, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 86214, SENDO CIRURGIADO E INTERNADO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

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

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

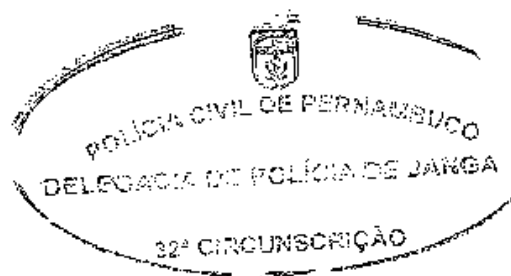
(VITIMA)

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



04/01/2017 10:08







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, Mts 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





NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 00013
Companhia Corretora de Seguros
R. da Aurora, Nº 175, Boa Vista - CEP: 50.060-010
Recife - PE



DADOS DO CLIENTE
FLAVIO CORREIA MACHADO REIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGATA, 450 - JOJO

CNPJ 018.052.784-01

RUA DO GUEGUANQUELO
201A, STA DE
55425-000

CLASSIFICAÇÃO
81 - RESERVAÇÃO
RESERVAÇÃO
NÃO PAGA

7005996834 08/2018
25/08/2018 12/09/2018
TOTAL PAGAR 55,89

DATA DE EMISSÃO 08/08/2018
DATA DE VENCIMENTO 12/09/2018
VALOR DO PAGAMENTO 55,89

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
Consumo Residencial	17,000000	1,00	17,00
Consumo de Energia Elétrica	1,00	13,57	13,57
Consumo de Gás	1,00	0,00	0,00
Consumo de Água	1,00	0,00	0,00

TOTAL DA NOTA FISCAL	55,89
DESCRIÇÃO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	
PERÍODO	VALOR
01/08/2018	17,00
02/08/2018	13,57

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	VALOR
Consumo de Energia Elétrica	17,00
Consumo de Energia Elétrica	13,57
Consumo de Energia Elétrica	0,00
Consumo de Energia Elétrica	0,00

NOTA FISCAL Nº 00013
Emissão em 08/08/2018
Valor Total: R\$ 55,89

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	VALOR
Consumo de Energia Elétrica	17,00
Consumo de Energia Elétrica	13,57
Consumo de Energia Elétrica	0,00
Consumo de Energia Elétrica	0,00

CÓDIGO CONTADOR 7005996834
DATA DE VENCIMENTO 25/08/2018
TOTAL A PAGAR 55,89
33870000001 659900110072 005996834100 056721464730



05.802.494/0001-41
TRACÃO 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 SUSEP* 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 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.

* 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu FLAVIO ROBERTO HAZIAN, portador(a) do

RG nº 2311302, expedido por SP PE, em

22 10 2017, CPF/CNPJ nº 374698784-91,

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

galdino P. FARIAS do sinistro de DPVAT da natureza 1 VALOR

da vítima RICARDO Galdino P. FARIAS, e conforme

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

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recluso

Documentos comprobatórios: Recluso

Flavio Roberto Hazian

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO 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 do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE VANDERLEI ANGELO DA SILVA,
RG nº 3836407, data de expedição 1/1
Órgão SDS, portador do CPF nº 709.821.634-87, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA TUNISIA, nº 85,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RICARDO GALVÃO DE S. FARIAS, cujo o condutor era
O MESMO

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ESD
Ano: 2014
Placa: QYF 5032
Chassi: 9CZKD0540ER085223
Data do Acidente: 05/06/2016
Local e Data: PAULISTA 07 DE OUTUBRO DE 2016



Assinatura do Declarante

Ricardo Galvão de S. Farias

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Tereza Pereira, 78 - CEP 53401-460 - Paulista / PE
Fone: (81) 3310-0001 - C.N.P.J. 11.674.800/0001-06

NOTAS: Copiando, Arquivando, etc.
Reconheço a firma de: JOSE VANDERLEI ANGELO DA SILVA
Assinatura: QYF 5032
Data: 07/10/2016
Local: PAULISTA - PE

Reconheço por autenticidade a firma JOSE VANDERLEI ANGELO DA SILVA
Dou fé, Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13. Emol.: R\$ 3,26; TSM: R\$
0,73; FERC: R\$ 0,37. Op. 65. MARIA DE LOURDES SIOLEIRA CAMPOS
Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/seiodigital 0077532.ONT10201401.00249

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 50.064-010
RECIFE-PE





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ WANDERLEI ANGELO DA SILVA

RG nº 3836407 data de expedição 1/1

Órgão SDS, portador do CPF nº 709.821.634-87, com domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA TUNÍSIA, nº 85,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima RICARDO GALVÃO DE S. FARIAS, cujo o condutor era O MESMO.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/NXR 150 BROS ESD

Ano: 2014

Placa: 0YT 5032

Chassi: 9CZKD0540ER085223

Data do Acidente: 05/06/2016

Local e Data: PAULISTA 07 DE OUTUBRO DE 2016



Assinatura do Declarante

Ricardo y de Paula Garcia

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 78 - CEP 55401-402 - Paulista/PE
Fone: (51) 3010-9000 - C.N.P.J.: 1547.8816/0001-48

PROF. DR. CARLOS ALBERTO DA SILVA - PE
Instituição: PROTESTO 1010-0001
Notário e Registrador
SOLICITACAO, ETC.
* 1ª e 2ª Vias
* 3ª e 4ª Vias

Reconheço por autenticidade a firma JOSÉ WANDERLEI ANGELO DA SILVA;
Dou fé. Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13. Empl.: R\$ 3,26; TSNR: R\$
0,73; FERCA: R\$ 0,37. Op. 65. MARIA DE LOURDES SIQUEIRA CAMPOS
Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital 0077582.0MT10201601.00249

Carimbo

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 Prontuário: 000086214
Reg./ro.: 1244093
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

Reg: 1244093 - Pront: 000086214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 08/06/2016 - Hora: 20:05
Matrícula: 043195525
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
Matrícula: 043195525
Senha: 0001244093 Validade: 07/06/2016
Acomodação: [] Sim [] Não [] Enf [] Apto [] Suite

Admissão: 08/06/2016, 20:05h Previsão de Alta: 07/06/2016, 10:00h
Médico: 012926 MANUEL RODRIGUES NETO Clínica: ORTOPEDIA
Atendimento: CIRURGICO
Observação: AUT 1 DIARIA EM RNF S//ACOMP S//CAUÇAO NÃO LIBERAR DESPESAS EXTRAS. HD: PRATICA DE TORÇÃO DO 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 prestar 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 providências 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 visitantes.

IV - Estou ciente e concordo que todos os pagamentos devidos à REDE D'OR SÃO LUIZ - Unidade Hospital Esperança Olinda, em virtude da 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: da 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 esta hospital não estarão incluídos honorários médicos referente à assistência e os 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 clínica médica e pediatria) no atendimento de urgência.

IX - Neste momento recebi uma cópia e posuo 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:

Costo Enf: /

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03 JUN. 2016

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



EVOLUÇÕES CLÍNICAS

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 31,5m17d
Reg: 1244093 - Pront: 000066214
SAÚDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:56
Matrícula: 843195525
1244093

Paciente:

RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

Leito:

Leito: E-18

309A

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
06/06/16 20:55 L	Paciente com fratura na tórax direita @ internado p/ 170 horas CA: - fratura 9 170 horas - Ass. Guedes de Dr. Manoel Rodrigues - VPM Thiago Ferraz Otopedi / Traumatologia CRM 15115-16
07.06.16 00:10	Exame físico Paciente admi no setor, proveniente da urgência em HO. Fratura de tórax @ com MTD em tela imo- bilizada. Comenta eufórico. respiração espontânea. Refere dor em MTD, medicação na urgência com fentanyl e tylenol. aguardando respirologista para nova conduta medicamentosa. SSU: normotense, normoventilado, eupneico e afibril. Sinais vitais: saturação (+). Ausc. em MTD sem presença de sinais flogis- ticos. nega em. Refere ser hipertenso, alérgico a dipirona + reflex + AAS solucionado pouco cardiológico. paciente ansioso.



Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
continua- eow →	Segue com <u>claudicação</u> avaliar SSV 6/6h, medicar CPM avaliar SSV risco de flebite; comunicar a enfermagem comunicar P. Radiológico; MID elevado; Fátima de Oliveira Enfermeira CRM/PE 18.414
07/06/16	#ACOLHIMENTO# Paciente admitida na Unidade para Tratamento de fratura no tornozelo. No momento apresenta G:0 Anos Presente @ Comunicação Intermittente Thiago Maia Médico CRM/PE - 18.414
07/06/16 840h	Paciente com dor tornozelo apresenta sinais vitais estáveis, respiração normal, sem queixas em - Voz no Voto Leito
07/06/16 13h	Paciente internada p/ 4378, consciente, orientada, diem- bulc, criatura, anorexia, afilado no toque, hidratado, respiração; AUP em MID para a com sinais fisiológicos adequados. Presença de Cardíaco BC agudado p/ com- mha. Ana Lourdes Barbosa Enfermeira COREN/PE 442.704



Paciente:

Ricardo Galvão

Leito:

**RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS**

Nasc: 20/12/1984 - 31a5n18d
Reg: 1244893 - Pront: 000086214
SAÚDE EXCELSIOR/
Entrada: 08/08/2016 - Hora: 20:55
Matricula: 843195525



Leito: 417B

1244893

Cada anotação deve ser assinada

Data/Hora

07

06

10

14:10

C. HOSPITALAR

NCA

Risco artfuboro

*- Fome e Hipoglicemia
- Parado de Alveolar DIPHROMA
- NCA AAS e outros (normal Alveolar)
- MEGAL DM
- MEGAL discussu, Smauer
- VEGAL Pressão Cerebral*

*ECG, sem sinais
RCA 11 PA -
RCA 11 PA -
S/C de 11m*

ECG = Normal

Risco artfuboro Normal

Dr. Luiz Carlos dos Santos
Cardiologista
CRM 7409

070636

15:00

INSTALAÇÃO

*em 11/10/16 com chido e
idm per. 01/10/16
11/10/16*

Dr. GEORGE DEBARTES
Médico
CRM-PE 9121





Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
08/06/16 16:00	<p># Enfermagem #</p> <p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normotensor, apnéu, eufônico, DVO, AVP retido, eliminações fisiológicas. Paciente segue alta hospitalar.</p> <p>Uma semana, paciente segue proclamação circulatório.</p> <p><i>Nelvia K. Fernandes de Lima</i> Enfermeira COREN-PE 461.559</p> <p><i>Nelvia K. Fernandes de Lima</i> Enfermeira COREN-PE 461.559</p>
08/06/16	<p>Três dias a no caso as</p> <p>Próximo 100% + 100% litíngio 50% 100% + 50%</p> <p>Próximo 100% 50% 100%</p>
09/06/16 13:30	<p># Enfermagem #</p> <p>Paciente evolui em EGR, consciente, orientado, normotensor, apnéu, eufônico, DVO, AVP retido, eliminações fisiológicas + TC. Paciente segue alta hospitalar.</p> <p><i>Nelvia K. Fernandes de Lima</i> Enfermeira COREN-PE 461.559</p>





FARIAS

FARIAS
 Nassi-70/12/1984 - 31j5m18d

Reg: 1244093 - Print: 004086214

REG: 1244033
SAVDE EXCELSIOR

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

Matricula: 843195525

Leito: 417E

1244093

Paciente: _____ Leito: _____

[illegible]



RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 31a5m19d
Reg: 1244093 - Pront: 000008214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 08/06/2016 - Hora: 20:55
Matricula: 843195625
1244093
Leito: 4175

Paciente:

Leito:

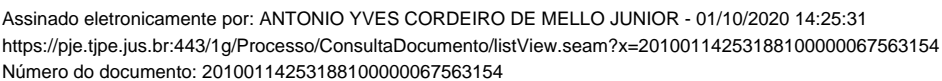
Leito: 417B

Data/Hora	Cada anotação deve ser assinada
9/8/26 MH	<p>Horário 12 H</p> <p>Exatidão do Sr. do Trabalho</p> <p>o Sr. Ben está com seu, seu Altera sistema de Sinais de Alerta Sem qualquer Alguém</p> <p>M.A. Nascimento - Projeto Sr. Ben está com</p> <p>o Sr. do Trabalho 21 de Maio 2026</p>
	<p>Calvin M. Nascimento 21 de Maio 2026</p>






EVOLUÇÕES CLÍNICAS	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

[illegible]



003 Filipeiro Da Fé / Dipirone / HAS
Prescrição Médica
RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
MARC 20/12/1984 - 31/5/1984

Prescrição Médica

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 31aSm17d
Reg: 1244093 - Pront: 007086214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 05/06/2016 - Hora: 20.55
Matrícula: 843195525
 - Leito: E-11
1244093 2m

[illegible]

Data / Hora	Médico	Enfermagem	
		Horário da Medicação	Descartáveis
08/08/16	1) Dista 7.1 Anos	SND	
	2) Dista 4.0 Anos	nonôdo	
	3) Tumor 100 + 1st 0.9% / 100 LQ SV R/L	08	14
	4) Tyler 30 y. 11 Comp VO R/L	INTRODUÇÃO 11	08
	5) Navegador 4 y + AD SV R/L	S/A	
	6) Lasec 20 y + AD SV MANGA / JETUM	08	
	7) Tostan 3 y 11 Comp VO AS 21	31	
	8) Chelone 40 y SC 1 x dia	08	
	9) MIA CILADO	nenh	
	10) Gelo em tornozelo @ 20'	14	29.04.08 12.16
	11) Paracetamol 300mg		
	12) Análise de Urina		
	13) Cuidado com	cl. Perna	

14. Proforma 507 - di Amp + SR 0.5% vol. Di Valtellina

15. Fikriyatam - di AMA, DM, abstr

CRM/PE - 18.414

Cód.: 62001 - Frente





ESPERANÇA HOSPITAL

Prescrição Médica

Paciente: Diurdo J. J. J.

Convênio: _____

Setor: _____

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
NASC: 20/12/1984 - 31x5x18x
Reg: 1244093 - Pront: 000086214
SAÚDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
Matrícula: 849196525
1244093

anda nº _____

luções _____

Leito: 417B

tro: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐


Data / Hora	Médico	Enfermagem	
		Horário da Medicação	Descartáveis
07/10/16	Dr. J. J. J. (Zeros após 800ms de amonho)	SND	
	Julian reportizado	manter	
	Romuel 100 + 800ms 200ms EV em duas		
	de 8/9hs		
	proprichon 3mg + AD 150 de 10/11 (SU)	28° 28° 28°	
	Loic 100 20mg 10 10/11 (SUSANHO)	28°	
	Uxohem 3mg 10 10/11	28°	
	Proprichon 3mg 10 10/11	28°	
	Tubex 30 10 10/11	28°	
	Tabox 100 10 10/11	28°	
15/06/16	Dr. J. J. J. (Zeros após 800ms de amonho)	SND	
	Julian reportizado	manter	
	Romuel 100 + 800ms 200ms EV em duas		
	de 8/9hs		
	proprichon 3mg + AD 150 de 10/11 (SU)	28° 28° 28°	
	Loic 100 20mg 10 10/11 (SUSANHO)	28°	
	Uxohem 3mg 10 10/11	28°	
	Proprichon 3mg 10 10/11	28°	
	Tubex 30 10 10/11	28°	
	Tabox 100 10 10/11	28°	
15/06/16	Dr. J. J. J. (Zeros após 800ms de amonho)	SND	
	Julian reportizado	manter	
	Romuel 100 + 800ms 200ms EV em duas		
	de 8/9hs		
	proprichon 3mg + AD 150 de 10/11 (SU)	28° 28° 28°	
	Loic 100 20mg 10 10/11 (SUSANHO)	28°	
	Uxohem 3mg 10 10/11	28°	
	Proprichon 3mg 10 10/11	28°	
	Tubex 30 10 10/11	28°	
	Tabox 100 10 10/11	28°	

Atenção: 0,100mg, 01 cp. VO, Se PR > 160 ou PAD > 110

Cód.: 82001 - Frente



Prescrição Médica

RICARDO GALVÃO DE PAULA
FARIAS
Nasc: 20/12/1984 - 31a5mi9d
Reg: 1244093 - Pront: 00006214
SAUDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:55
Matrícula: 043195526
 Leito: 4178
1244093

Paciente:

Leito: 417B

Convênio:

Setor:

• **Leito**

Comanda n°

Devoluções

Registro:

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

[illegible]

Cod.: 82001 - *Frante*



[illegible]



ESPERANÇA

Prescrição Médica

RICARDO CALVÃO DE PAULA
FARMACIA
Nº: 20/12/1984 - 31.05.18
Reg: 1244093 - Front: 000866214
SAÚDE EXCELSIOR/
Entrada: 06/06/2016 - Hora: 20:56
Matrícula: 649195525
Leito: 4178
1244093

anda nº _____

Devoluções _____

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

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

Data / Hora	Médico	Enfermagem
01/10/2020	Roberta França Nutricionista Hospital Esperança - Clínica CRN6 6082	Horário da Medicação
		Descartáveis
	1) Dieta de MS para adulto 08:00H SND	
	2) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	3) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	4) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	5) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	6) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	7) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	8) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	9) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	10) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	11) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	12) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	13) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	14) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	15) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	16) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	17) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	18) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	19) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	20) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	21) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	22) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	23) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	24) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	25) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	26) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	27) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	28) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	29) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	30) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	31) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	32) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	33) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	34) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	35) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	36) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	37) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	38) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	39) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	40) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	41) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	42) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	43) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	44) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	45) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	46) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	47) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	48) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	49) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	50) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	51) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	52) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	53) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	54) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	55) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	56) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	57) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	58) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	59) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	60) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	61) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	62) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	63) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	64) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	65) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	66) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	67) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	68) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	69) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	70) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	71) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	72) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	73) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	74) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	75) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	76) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	77) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	78) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	79) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	80) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	81) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	82) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	83) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	84) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	85) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	86) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	87) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	88) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	89) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	90) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	91) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	92) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	93) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	94) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	95) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	96) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	97) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	98) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	99) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	
	100) Dieta de MS para adulto 18:00H SND	





ESPERANÇA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Paciente:	RICARDO GALVÃO DE PAULA	Registro:	
Data:	02/10/2020	Convênio:	AMIL
Cirurgião:	Dr. MARCOS A. RIBEIRO	1º Auxiliar:	Dr. GABRIEL
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	
Anestesista:	Dr. RUIZ	Tipo de Anestesia:	
Instrumentador:	Dr. RUIZ		
Diagnóstico pré-operatório:	FRAQUO DO TÓRAX (A) + LESÃO LIGAMENTAR.		
Cirurgia:	TTO CÂRDO DE FRAQUO TÓRAX (A) + TTO CÂRDO DE LESÃO LIGAMENTAR.		
Diagnóstico pós-operatório:	O RASMO.		
Relatório imediato do patologista:	RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS Nasc: 20/12/1984 - 3135m19d Reg: 1244093 - Pront: 000088214 SAÚDE EXCELSIOR/ Entrada: 06/06/2018 - Hora: 20:56 Matrícula: 843195625 Leito: 4178 1244093		
Exame radiológico:			
Acidente durante a cirurgia:			
Descrição Cirúrgica			
1) Lavagem da cavidade com solução fisiológica + água.			
2) Abertura da parede torácica com curvatura de TROTT.			
3) Corte da pele torácica (A).			
4) Corte da pele torácica.			
5) Lavagem da cavidade com solução fisiológica.			
6) Corte da pele torácica com curvatura de TROTT.			
7) Corte da pele torácica.			
8) Lavagem da cavidade com solução fisiológica (A).			
9) Lavagem da cavidade com solução fisiológica 3,5.			
10) Sutura da pele torácica com fio de nylon.			
11) Curvatura de TROTT.			
SUA C.A. RIBEIRO			

34107



ESPERANÇA

Fone: (81) 3432.8000 www.prontolinda.com.br

FICHA DE ANESTESIA

Data: 08/06/16		Hospital:		Acomodação:	
Paciente: RICHARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS	Sexo: M	Cor: Br	Idade: 31a	Risco: I	
CRM: 16170	Nome do Anestesiologista: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	Nome do Cirurgião: MANUEL RODRIGUES			
Medicação Pré-anestesia:	Urgência:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		
Cirurgia: <u>Procedimento cirúrgico de fratura de tornozelo direito</u>					

torção: 16h45	17h45	18h45
O ₂		
N ₂ O		
Líquidos	SRV 1.000ml	
SaO ₂	98% 100% 100% 100%	
ETCO ₂		
ECG	RS RS RS RS RS RS	
240		
220		
200		
180		
160		
140		
120		
100		
80		
60		
40		
20		
Anotações	<p>Indício: 16h45</p> <p>Término:</p>	

Drogas Usadas	Quantidade
Midazolam	5mg
Fentanyl	100mcg
Cefazolina	2g
Bupivacaína 0.5%	20ml
Morfina	8mg
Dexametasona	10mg
Codeína	8mg
Clamoxil	1000mg

Técnica Anestésica: Regulamentada

1) Paciente rentado 2) Anestesia e antissepsia de dorso com álcool 70%

3) Punção subgástrica em L3-L4 com agulha Quincke 25G com retorno de 1cc fisiológico 4) Administração 20mg de bupivacaína pesada e 8mg de morfina 5) Bloqueio

RICHARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
 Nasc: 20/12/1984 - 31aSm19g
 Reg: 1244093 - Pront: 00006214
 SAÚDE EXCELSIOR/
 Entrada: 05/06/2016 - Hora: 20:55
 Matrícula: 843195525
 Leito: 417B
 1244093

Monitorização <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input checked="" type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Estat. Pré-cordial <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analisador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volemia/BP Plus	Encaminhado <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado Destino <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> Apart./ Enf. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Externo
--	---	--

Intercorrência: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
Descrever:
Observações:

Dr. Antonio Carlos Genta
 Médico Anestesiologista
 CRM-PE nº 16.570

Assinatura do Anestesiologista: AG





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

COLUNA

1000
2
PACIENTE COM HISTÓRIA DE TTD

CIRURGIA DE FRATURA TORÁCICA (A)

HÁ 60 DIAS

JOELHO

P.O. DE BOM APOIO S/FIXADOR

BOA MOBILIDADE

QUADRIL

BOA (PEQUENA) HÍPTESE

BOA P.O. DE BOM APOIO S/FIXADOR (A)

PÉ E
TORNOZELO

10: FRATURA DO TORNOZELO (A)

COB. FIBROBLASTICA TORÁCICA (A)

AIRY

OMBRO E
COTOVELO

CRISTALINA

BOA P.O. DE BOM APOIO S/FIXADOR

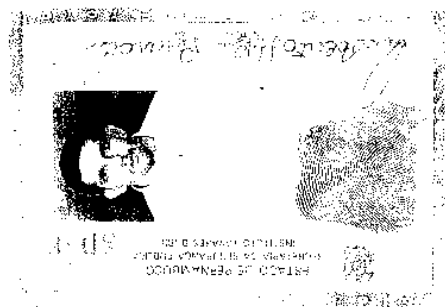
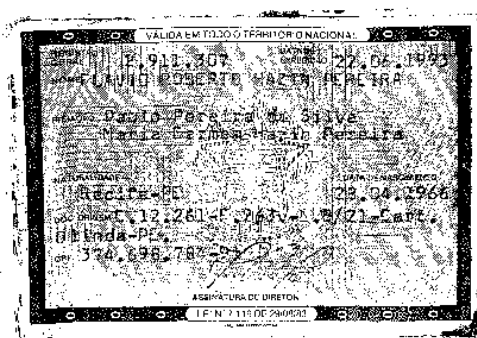
BOA P.O. DE BOM APOIO S/FIXADOR

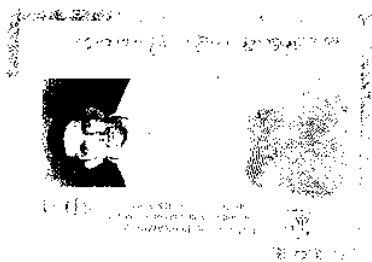
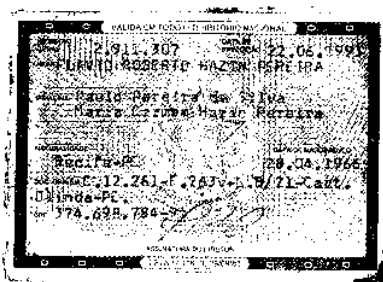
BOA P.O. DE BOM APOIO S/FIXADOR

TRAUMA E
FIXADOR
EXTERNO

Manuel Rodrigues Neto
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 12008
RGO: 24438-1
21/09/16







05.802.804/0001-41
TRANSFORMADORA
DE S. J. ANTONIO
05 JAN 2007
RUA DA AMERICA, 111 - J. S. 900-000
RUA VILA - CEP: 01.250-000
RECIFE-PE





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO(VITIMA):

Nome: RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AVTO COMO

Identidade: 5854572 SSP/PE CPF: 051914464-37

Endereço: RUA ATENAS N. 512 PAULISTA

PROCURADOR:

Nome: FLAVIO ROBERTO NARIN PEREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO

Profissão: AUTONOMO

Identidade: 2911307 SSP/PE CPF: 31469878491

Endereço: RUA ATENAS 464 PAULISTA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador, escipe 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, Sincoras 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/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Marechal Floriano Peixoto, 78 - CEP 53401-400 - Paulista / PE
Fone: (81) 3616.0000 - C.A.P.R. - 11.547.051/0001-29



Reconheço, por autenticidade a firma RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS;
Em: fé. Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13. Emol.: R\$ 3,26; TSM: R\$ 0,73; FERC: R\$ 0,37. Op. 65. MARIA DE LOURDES SIQUEIRA CAMPOS
Escrevente Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital 0077552.0K510201601.00250

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

03 NOV. 2016

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

Amun





PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/TERCEIRO:

Nome: RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ALTO ROLERO
Identidade: 5354532 SSP/PE CPF: 051914464-37
Endereço: RUA ATENAS Nº 512 PAULISTA

PROCURADOR:

Nome: RAULO ROBERTO HAZIM HERRERA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO
Profissão: AUTÔNOMO
Identidade: 2911307 SSP/PE CPF: 31469878481
Endereço: RUA ARAÚJO 454 PAULISTA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador, sobra 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 a Comissão de Administração de Seguradora Líder (Correios, Sinceros e Consórcios), para fim específico de dar entrada no meu seguro D.VAT, podendo para tanto, assinar avisos de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

07-10-16
Local e data



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

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bela Vista de Seguros Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel Figueiredo, 20 - CEP: 50.060-010 - Recife/PE
Fone: (0800) 0000000 - E-MAIL: 11547014@notario.com.br

Reconheço, por autenticidade a firma RICARDO GALVÃO DE PAULA FARIAS
Dout. fe. Paulista/PE, 07/10/2016 11:40:13, Escritório: 3, 2da. TELA: 05
0,73; FERC: R\$ 0,37. Op. 65. PÁGINA DE LOANER SEGURADORA CAMPOS
Escritório Autorizada. Consulte autenticidade em
www.tpe.com.br/servicodigital 0677502.0510201601.00230



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



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
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 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 LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00579/00580 - carta_01



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2016

Carta nº: 10039436

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.: 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

Pag. 01193/01194 - carta_03



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 LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01123/01124 - carta_01



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

Pag. 00455/00456 - carta_02



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10491743

A/C: RICARDO GALVAO DE PAULA FARIAS

Sinistro: 3170022977 ASL-0007519/17
Vitima: 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

Pag. 01293/01294 - carta_15R

00020647



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. EVOLUIU 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(*)

☐ Vitima 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)

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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



Seguradora Líder - DPVAT

FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO POR



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses 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 5.854.572 EXPEDIDO POR SSP-PE EM / /

CPF 051914464-37 ANPI 000000000-0 PROFISSÃO Advogado

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 6.000,00 (*) 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 prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembra-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 aparecerem 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 C com probatório 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/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1581 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 19747-0

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.

PAVHSD 01 de novembro de 2010 Ricardo Galvão de Paula Farias
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(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: 14:11:01
TERMINAL: 00451266 CONTROLE: 004512660428

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

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

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4639888340
NÚMERO DE CONTROLE: 306322897

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
Cuidador da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

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





Seguradora Líder - DPVAT

FL. UTILIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados 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 10/10/2020
CPF 05131446434 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Advogado
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.640,00 (*) 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 privacidade e lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e do tipo 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 Pendorial.
- 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 (Conta 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), encários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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) 000000000000000000

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) 000000000000000000

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.

10/10/2020 01 de Outubro de 2020 Ricardo Galvão de Paula Farias
LOCAL E DATA 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 no 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 o plano de seguro previsto 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 0800-6021204.

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



CALXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG AV GUARARAPES
DATA: 01/11/2016 HORA: 14:17:01
TERMINAL: 00451206 CONTROLE: 004512060426

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1581,013.00019747-0
NOME: RICARDO CALVO DE PAULA FARIAS

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 4638668340
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 CALXA: 0800-720 0101
Ouvidoria da CALXA: 0800-725 7474
www.calxa.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

