
Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406430

Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190406430

Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 30/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002193

Conta: 0000043500-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

799.977.834-68 **Antônio Firmino do Nascimento**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Antônio Firmino do Nascimento 799.977.834-68
Autônomo **6 Trav. Francisco Valpoes** 08 Ed-06
Brasília Timosa 12 - Recife PE 51010-376
813011-3224

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2193 CONTA: 43500 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 02 JUN 2019 Assinatura da testemunha 02 JUN 2019

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096002825



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/05/2019 às 16:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 30/4/2019 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 1, AVENIDA BEIRA RIO, TORRE, RECIFE-PE** - Bairro: **TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOAO BOSCO GOMES (AUTOR \ AGENTE)
ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO BOSCO GOMES

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

ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA FIRMINO DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **27/3/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4337187/SSP/PE (RG), 79997783468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **- 81988900591**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 1, RUA DR. JOAO LACERDA, BLOCO 17, AP 103, CORDEIRO, RECIFE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOAO BOSCO GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE TORRE (BAIRRO), 1, RUA VITORIANO PALHARES, 218, AP. 1203, TORRE, RECIFE-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02/05/2019

02/05/2019, 11

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

Placa: **PGT7936** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **603206867** Chassi: **9C2KC1650ER017301**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

HONDA FIT (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO BOSCO GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOAO BOSCO GOMES**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/FIT** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI5134** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **462531163** Chassi: **93HGE8890DZ200477**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

A VÍTIMA QUALIFICADA ACIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL DE QUE TERÇA-FEIRA, DATA (30/04/2019), POR VOLTA DAS 14HS, VINHA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA PELA AVENIDA BEIRA RIO, TORRE, RECIFE-PE; QUE O CONDUTOR DO HONDA FIT COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA E O CONDUTOR DA MOTOCICLETA CAIU NO CHÃO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRO PELO SAMU PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) 24H CAXANGÁ (DATA DO ATENDIMENTO: 30/04/2019; PRONTUÁRIO: 00218489; N° ATENDIMENTO: 01296386; SERVIÇO: ORTOPEDIA /TRAUMATOLOGIA; MEDICO: APULEU VIEIRA CRM: N°2007). POIS, O DECLARANTE, NÃO TENDO NADA MAIS A DECLARAR, EU, DOU POR ENCERRADO ESTA CONFEÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA ELETRÔNICO.

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

ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CHARLES ARAUJO LIMA** - Matrícula: **319913-4**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02.11.2019

02/05/2019 11

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 3 - Nome completo da vítima:

799.977.834-68 **Estevão Firmino do Nascimento**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Estevão Firmino do Nascimento** 6 - CPF: **799.977.834-68**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **6 Trav. Francisco Valpentes** 9 - Número: **08** 10 - Complemento: **Qd-06**
11 - Bairro: **Brasília Timosa** 12 - Cidade: **Recife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **51010-376**
15 - E-mail: **813011-3224**

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as linhas abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todas as linhas)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0193** CONTA: **43500** **5** AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disponha do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou raiziburo (irmão): ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 169 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: **05.802.494/0001-41**
CPF: **02.111.7810**
Assinatura da testemunha **DE SEGUROS LTDA**
39 - 2º Nome: **Boa Vista - CEP 50.060-010**
CPF: **RECIFE-PE**
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **01/09/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Nome: 218480-ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO
Idade: 45a 1m Nascimento: 27/03/1974
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-988905191

Mãe: MARIA DE FÁTIMA FIRMINO DO NASCIMENTO
Endereço: DOUTOR JOÃO LACERDA, 103 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50711280

Data do Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO E DOR POR COLISÃO MOTO X CARRO

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA NO MSD

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO SEM DESVIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 903 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: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02193

CONTA: 000000043500-5

Nr. da Autenticação 887E75F49A603122

TIM

Viver sem fronteiras

Nota Fiscal - Fatura do Serviço de Telecomunicações
 Número: 000.802.041-44
 TIM Celular S.A.
 Av. Giovanni Grillo, 7143 - São Paulo/SP
 CNPJ: 04.208.039/0001-85 - I.E.: 116.049.102.113
 CEP: 05.311-000 - São Paulo/SP

Cliente: 1125854501-2
 CPF/CNPJ: 8
 Emissão: 24/05/2019 - Período: 03/06/2019
 Validade: mai/19 - Prefeitu: 2854/2019 e 23/05/2019
 Data Autenticação: 11/06/2019-2

Página 1 de 4


VALOR
 R\$ 59,90

DATA DE VENCIMENTO
 15/06/2019

T.M. é a marca dos serviços de telecomunicações do Grupo TIM do Brasil

Entenda Melhor a sua conta TIM acessando na internet o link http://www2.tim.com.br/plano/pco_entenda_sua_conta.htm

Nº do Celular: (81) 9 9710-8292

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

	QUANTIDADE	Nº DIAS	TRIBUTOS	VALOR
01 MENSALIDADES E FRANQUIAS				
02 Pacote TIM BRASIL 120 min	1	28	30% - ICMS	59,90
03 PACOTES				
04 Pacote TIM BRASIL 120 min - (81) 9 9710-8292	120	-	-	-
05 Pacote VIAGEM 40 min - (81) 9 9710-8292	40	-	-	-
06 Pacote Dados 500 KB - (81) 9 9710-8292	500,00 KB	-	-	-
07 Pacote 80 TIM TORPEDOS - (81) 9 9710-8292	80	-	-	-
08 Pacote TIM FOTOMENSAGENS - (81) 9 9710-8292	80	-	-	-
	QUANTIDADE			VALOR
09 CHAMADA DENTRO DA REDE TIM	10	20m00s	30% - ICMS	0,00
10 Chamada Local para Outros Celulares	05	53m34s	30% - ICMS	0,00
11 Chamada Local para Telefones Fixos	12	00m00s	30% - ICMS	0,00
12 Chamada de Acesso *100				
13 TOTAL TIM				59,90

Reservado ao Fisco: 20FF.796C.80A3.EA8D.7AC3.8C94.118B.8FEC

IMPOSTO ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 6,54 Sugestão? Comentários? Ligue 0800 148 de seu
 ICMS 20% 7 R\$ 59,90 FUST/TEL: R\$ 0,27 celular ou acesse www.tim.com.br

As deduções no FUST (1%) + FUST/TEL (0,2%) não são recuperadas na liquidação



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático utilizando o número de identificação de Débito automático indicado neste boleto.

TIM Celular S.A.

NOME DO CLIENTE
 ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MES DE REFERÊNCIA	MES DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
1125854501-2	mai/19	24/05/2019	15/06/2019	R\$ 59,90

[816100000000-5] [81020100010-5] [1000547982-7] [8030330000-2]



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 02 JUL 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA																																													
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03		 CELPE www.celpe.com.br																																											
DADOS DO CLIENTE MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO F. CPF: 105.993.254-03 ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC FERNANDES VIEIRA 21 B JARDIM ATLÂNTICO OLINDA 53140-300 OLINDA PE		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis																																											
DATA DE VENCIMENTO 22/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 397,86		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 061956265																																											
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		CONTA CONTRATO 007027598778 Nº DO CLIENTE 201628828 Nº DA INSTALAÇÃO 062051166																																											
RESERVADO AO FISCO 3A30.985E.06D5.DD7E.9AB4.4CED.9395.76AD																																													
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br																																													
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																													
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																										
Consumo Ativo(kWh)	482,00	0,73471787	362,52																																										
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,37																																										
Contrib. Bônus Pública Municipal			17,48																																										
Multa por atraso-NF 054489502 - 15/03/19			2,11																																										
Juros por atraso-NF 054489502 - 15/03/19			2,49																																										
Atualização IGPM-NF 054489502 - 15/03/19			3,86																																										
TOTAL DA FATURA			397,86																																										
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																													
ICMS		PIB																																											
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%																																										
365,90	28,00	365,90	1,15																																										
COFINTE		COPME																																											
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%																																										
365,90	8,37	365,90	8,37																																										
TOTAL A PAGAR (R\$) 397,86																																													
Tarifas Aplicadas Tarifa Ativa(kWh) 0,73471787		HISTÓRICO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>KWH</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>MAI 19</td><td>482,00</td></tr> <tr><td>ABR 19</td><td>463,00</td></tr> <tr><td>MAR 19</td><td>339,00</td></tr> <tr><td>FEB 19</td><td>471,00</td></tr> <tr><td>JAN 19</td><td>395,00</td></tr> <tr><td>DEZ 18</td><td>436,00</td></tr> <tr><td>NOV 18</td><td>459,00</td></tr> <tr><td>OCT 18</td><td>472,00</td></tr> <tr><td>SET 18</td><td>433,00</td></tr> <tr><td>AGO 18</td><td>473,00</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>476,00</td></tr> <tr><td>JUN 18</td><td>546,00</td></tr> <tr><td>MAY 18</td><td>523,00</td></tr> </tbody> </table>		MÊS	KWH	MAI 19	482,00	ABR 19	463,00	MAR 19	339,00	FEB 19	471,00	JAN 19	395,00	DEZ 18	436,00	NOV 18	459,00	OCT 18	472,00	SET 18	433,00	AGO 18	473,00	JUL 18	476,00	JUN 18	546,00	MAY 18	523,00														
MÊS	KWH																																												
MAI 19	482,00																																												
ABR 19	463,00																																												
MAR 19	339,00																																												
FEB 19	471,00																																												
JAN 19	395,00																																												
DEZ 18	436,00																																												
NOV 18	459,00																																												
OCT 18	472,00																																												
SET 18	433,00																																												
AGO 18	473,00																																												
JUL 18	476,00																																												
JUN 18	546,00																																												
MAY 18	523,00																																												
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Serviço</th> <th>R\$</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Geração de Energia</td><td>115,79</td><td>29,34</td></tr> <tr><td>Transmissão</td><td>15,85</td><td>3,94</td></tr> <tr><td>Distribuição (Carga)</td><td>15,80</td><td>3,94</td></tr> <tr><td>Encargos Sociais</td><td>16,47</td><td>4,10</td></tr> <tr><td>Tributos</td><td>115,23</td><td>28,92</td></tr> <tr><td>Perdas de Energia</td><td>34,72</td><td>8,71</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>365,90</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>		Serviço	R\$	%	Geração de Energia	115,79	29,34	Transmissão	15,85	3,94	Distribuição (Carga)	15,80	3,94	Encargos Sociais	16,47	4,10	Tributos	115,23	28,92	Perdas de Energia	34,72	8,71	TOTAL	365,90	100	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231										
Serviço	R\$	%																																											
Geração de Energia	115,79	29,34																																											
Transmissão	15,85	3,94																																											
Distribuição (Carga)	15,80	3,94																																											
Encargos Sociais	16,47	4,10																																											
Tributos	115,23	28,92																																											
Perdas de Energia	34,72	8,71																																											
TOTAL	365,90	100																																											
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)																																												
	MÍNIMO	MÁXIMO																																											
220	202	231																																											
DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>COLUNTO</th> <th>VALOR ADJUDICADO</th> <th>MÉDIA MENSAL</th> <th>MÉDIA TRI-MES</th> <th>MÉDIA ANUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">serviços</td> </tr> <tr> <td>SIC-Area de Inércia sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>PIC-Area de Inércia sem Energia</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>BMD-Duração máxima de interrupção contínua</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Limite SICRI 6,99</td> </tr> <tr> <td colspan="6">SUBC-Voto de Cargos de Uso = R\$ 0,00</td> </tr> </tbody> </table> Todos os Consumidores estão sujeitos a suspensão das indicações SIC, PIC, BMD e BMDI a qualquer tempo.				DESCRIÇÃO	COLUNTO	VALOR ADJUDICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRI-MES	MÉDIA ANUAL	serviços						SIC-Area de Inércia sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00	PIC-Area de Inércia sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00	BMD-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00	Limite SICRI 6,99						SUBC-Voto de Cargos de Uso = R\$ 0,00					
DESCRIÇÃO	COLUNTO	VALOR ADJUDICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRI-MES	MÉDIA ANUAL																																								
serviços																																													
SIC-Area de Inércia sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00																																								
PIC-Area de Inércia sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00																																								
BMD-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00																																								
Limite SICRI 6,99																																													
SUBC-Voto de Cargos de Uso = R\$ 0,00																																													
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">HOMENAGEM DO MEDIDOR</th> <th rowspan="2">TIPO DA FUNÇÃO</th> <th colspan="2">ANTERIOR</th> <th colspan="2">ATUAL</th> <th rowspan="2">Nº DIAS</th> <th rowspan="2">CONSTANTE</th> <th rowspan="2">AJUSTE</th> <th rowspan="2">CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th>LITURA</th> <th>DATA</th> <th>LITURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MH0000</td> <td>CAT</td> <td>15/04/2019</td> <td>41.881,30</td> <td>15/05/2019</td> <td>42.363,30</td> <td>30</td> <td>1,3800</td> <td>0,00</td> <td>482,00</td> </tr> </tbody> </table>				HOMENAGEM DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DATA	LITURA	DATA	LITURA	MH0000	CAT	15/04/2019	41.881,30	15/05/2019	42.363,30	30	1,3800	0,00	482,00																		
HOMENAGEM DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR				ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE					AJUSTE	CONSUMO kWh																														
		DATA	LITURA	DATA	LITURA																																								
MH0000	CAT	15/04/2019	41.881,30	15/05/2019	42.363,30	30	1,3800	0,00	482,00																																				
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você!																																													



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=1&CDIDISO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Lucas Minicucci Maia Sepúlveda

inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.711.374 / 80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Estevão Firmino do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o nº 799.977.834 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Estevão Firmino do

inscrito (a) no CPF sob o nº 799.977.834 / 68 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>R. FERNANDES OLIVEIRA</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>Al. Atlântico</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>		Tel. (DDD): <u>(81) 3011-3224</u>

Local e Data: Olinda, 02/07/2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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



Nome: Idade: Nascimento:

218480-ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO 45a 1m 27/03/1974

Sexo: Contatos:

MASCULINO - / 81-988905191

Mãe:

MARIA DE FATIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

Endereço:

DOUTOR JOAO LACERDA, 103 -
CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP:
50711280

Data do Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM TRAUMA NO PUNHO DIREITO E DOR POR COLISÃO MOTO X CARRO

EXAME FÍSICO:

DOR E EDEMA NO MSD

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO SEM DESVIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/04/2019 16:27:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO RG: PESO:
IDADE: 45 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 27/03/1974
PRESTADOR ASSISTENTE: APULEU BRUM REGO VIEIRA
DATA DE ATENDIMENTO: 30/04/2019 15:04:43 ATENDIMENTO: 1296388 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA + ATESTADO
FRATURA DE RADIO DISTAL

UPA24H
UPA CAXANGA 24h
Dr. Apuleu Brum Rego Vieira
CRM: 13727

APULEU BRUM REGO VIEIRA
CRM-2007

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP- 50.050-010
RECIFE-PE

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-04-30 14:56:54

Nome Paciente:	ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:	218480
Data de Nascimento:	27/03/1974
Sexo:	Masculino
Idade:	45
Senha:	OR0020
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1296386 
SAME:	

Período: 2019-04-30 14:56:54 - 2019-04-30 15:01:48

Prioridade:	NÃO URGENTE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, OCORRENCIA: 621793, VITIMA DE QUEDA DE MOTO EM VIA PUBLICA, REFERINDO DOR EM MSD, SIC. NEGA SINCOPE OU EMESE-SIC.
Observação:	HAS- DM- HGT 80MG/DL ALERGIAS-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA LEVE
Discriminador(es):	- DOR LEVE - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 4 - ESCALA DE GLASGOW: 15 - CAPNOGRAFIA: 96.00 % - FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG - P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG - TEMPERATURA(C): 36.00 C°

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02.11.2019

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

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2019-05-13 15:56:20



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 218480-ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-988905191

Idade: 45a 1m 3d
Nascimento: 27/03/1974

Mãe: MARIA DE FÁTIMA FIRMINO DO NASCIMENTO

Endereço: DOUTOR JOÃO LACERDA, 103 - CORDEIRO - RECIFE/ PE - CEP: 50711280

Data do Atendimento: 30/04/2019

Prontuário: 00218480

Nº Atendimento: 01296386

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: APULEU VIEIRA CRM: Nº 2007

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA F, ATESTO QUE

o Sr.(a): ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

RG de Nº:

ÓRGÃO EMISSOR:

CPF NÚMERO:

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE NO DIA 30/04/2019

- ☐ NECESSITANDO DE 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES (NO TRABALHO OU ESCOLA), CID-10 S52.6
- ☐ ESTANDO APTO PARA VOLTAR AS ATIVIDADES
- ☐ OUTROS:

RECIFE

TERÇA-FEIRA, 30 DE ABRIL DE 2019

às 16:25 HS.

Prestador: APULEU BRUM REGO VIEIRA

CRM: 2007

AUTORIZAÇÃO

Eu, ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO

autorizo a registrar o diagnóstico codificado CID-10.

Assinatura do Paciente ou Responsável

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/4/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 30/4/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: ESTEVÃO FERNANDO DO NASCIMENTO	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Paciente vítima de acidente de motocicleta, com fratura de 1/3 distal de rádio direito	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Paciente submetida a tratamento conservador com aparelho Gessade Alko - Palma	
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO Realizar FISIOTERAPIA
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente com dor + edema + rigidez + déficit de
2º	força na punho direita, com déficit de
3º	praxia - SUPINACIA, dor na HSL. (2º grau)
4º	definitiva
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
LOCAL Recife	DATA 01/07/2019	ASSINATURA E CARIMBO Maurício César Leal

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ESTADO PERNAMBUCO DO NASCIMENTO

4327107 SSP PE

189.873.834-68 **27/03/1974**

NÃO DECLARADO

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA O. DO NASCIMENTO

03211128455 **16/09/2022** **04/03/2004**

PERNAMBUCO

1485287239

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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: 3190406430 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/04/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RADIO DIREITO. (P1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P5)

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Estevão Firmino do Nascimento
RG/CNH/CTPS: 433.7197 CPF: 799.977.834-68
End: 6 Francisco Francisco Volpato 08 A 06
Brasília Teimosa - Recife - PE
NATUREZA: Involuntária
DATA DO SINISTRO: 30/04/2019

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA,
RG/CNH/CTPS: 8317129 SDS/PE CPF: 076.711.374-80
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: Estevão Firmino do Nascimento
CPF: 799.977.834-68

Recife 16 de maio de 2019

Estevão Firmino do Nascimento
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

02 JUL 2019

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º JUIZADO JUDICIÁRIO (VAZ) 13
Av. da Liberdade, 1418 - Recife - PE - CEP: 51.020-000 - Fone: (81) 3403.0000
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
ESTEVÃO FIRMINO DO NASCIMENTO
União em minha presença, dou-lhe
Recife, 16 de maio de 2019, 12:07:11
Em testemunho
Wlles Melo de Silva (Escrivente Autorizado)
Selo: 0076240-HJP05201902 01190
Total: R\$ 2,29 (2R\$ e 29¢) PERM: R\$ 0,34 (34¢) FUNDOS: R\$ 0,20 (20¢) R\$ 0,40 (40¢) R\$ 0,29 (29¢) TOTAL: R\$ 3,23



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221254/19

Vítima: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

CPF: 799.977.834-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 30/04/2019

Titular do CPF: ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

ESTEVAO FIRMINO DO NASCIMENTO : 799.977.834-68

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.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/07/2019
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso