
Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200232665

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FABIO SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000014979-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 082.260.214-80 3 - CPF da vítima: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIÂNIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
15 - E-mail: galbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 082.260.214-80 3 - CPF da vítima: 082.260.214-80 4 - Nome completo da vítima: FABIO SILVA FERREIRA

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

5 - Nome completo: FABIO SILVA FERREIRA 6 - CPF: 082.260.214-80
7 - Profissão: MARCEIRO 8 - Endereço: RUA NOVA 9 - Número: 108 10 - Complemento: CASA A
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: GOIÂNIA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.900-000
15 - E-mail: galbinoespe@hotmail.com (81) 999441109 16 - Tel.(DDD): (81) 3538-0069

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

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

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2918 CONTA: 149796
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014979-6

Autenticação:

54044B7E332CEBCEC99D4DC0B3541C82334CBA624F38BAFA2BAEA47157318BF9

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 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de
COMERCIAL 116 | PRONT
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :
Ouvidoria 0800 :
cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados di
uco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefon
Agência Nacional de Energia Elétrica
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e

DADOS DO CLIENTE DJANIRA MARIA DA SILVA CPF: 279.443.874-34	DATA DE VENCIMENTO 09/06/2020 TOTAL A PAGAR (R\$) 70,22	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 02/06/2020 DATA DA APRESENTAÇÃO 02/06/2020 NÚMERO DA NOTA FISCAL 110557001	CONTA CONTRATO 000242558022 Nº DO CLIENTE 2001907332 Nº DA INSTALAÇÃO 0001223577
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA NOVA 106 A CENTRO/GOIANA 55900-000 GOIANA PE		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico			
RESERVADO AO FISCO 9430.2706.5A5D.B0A5.C3F6.3652.717C.79DC			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	80,00	0,42901509	34,32
Consumo Ativo(kWh)-TE	80,00	0,36081955	28,86
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,63
Multa por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			1,69
Juros por atraso-NF 106723388 - 05/05/20			0,39
Atualização IGPM-NF 106723388 - 05/05/20			0,33
TOTAL DA FATURA			70,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
63,18	25,00	15,79	63,18	0,97	0,61	63,18	4,48	2,83

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh).TUSD	0.29838000
Consumo Ativo(kWh).TE	0.25095000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Month	Year	Number of cases
JUN	20	10
MAY	20	15
ABR	20	15
MAR	20	15
FEV	20	15
JAN	20	15
DEZ	19	15
NOV	19	15
OUT	19	15
SET	19	15
AGO	19	15
JUL	19	15
JUN	19	15

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	19,88	31,48
Transmissão	2,31	3,68
Distribuição (Celpe)	14,04	22,22
Encargos Setoriais	3,30	5,22
Tributos	19,23	30,44
Perdas de Energia	4,42	7,00
TOTAL	63,18	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MÊDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
600000000050230040	CAT	05/05/2020	19.124,00	02/06/2020	19.204,00	28	1,00000	0,00	80,06

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM
abr/2020				
DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,95	9,91
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,99
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,87				
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qual				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianense de drogas: rua trapiche do meio nº 32
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res4414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	238

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ATENDIMENTO: AVENIDA BRASIL - NÚM. 00931 - LOJA-5 - CENTRO
 ABREU E LIMA PE 53525-790

 DADOS DO CLIENTE: MATRÍCULA: 103668667 Abr/2020
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
 R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-170
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO FÓTO	RENDIMENTO	CLASSIFICAÇÃO DE CONDIÇÃO	TIPO DE CONSUMO (R\$)
LIGADO	POTENCIAL	1	1	MEDIA HD
WATERMETER	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL		
A17S224252	31/03/2020	29/04/2020		

 ÁGUA:
 LEIT ANT: 5 CONSUMO: 1
 LEIT ATU: 5
 LEIT FAT: 5 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS.
03/2020 01	TURBIDEZ	48	48	46
02/2020 01	COR APARENTE	48	48	41
01/2020 01	CORO RESIDUAL	48	48	48
12/2019 01	COLIF. TOTAIS	48	48	47
11/2019 01	E. COLI	48	48	48
10/2019 01				
MEDIA: 01				

 Qualidade de Água: www.compesa.com.br

 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	44,08
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	64,84
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2020		2,21
JUROS DE HORA 12/2019		2,16

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMPOSTO DE RENDIMENTO	108,92	1,65	1,80
IMPOSTO DE RENDIMENTO	108,92	7,60	8,28

VENCIMENTO: 15/05/2020 TOTAL A PAGAR: 113,29

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 2 FATURAS PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 222,58. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

IMPRESSO EM 15/04/2020 11:45:47

04/05/2020

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO SILVA FERREIRA,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
FABIO SILVA FERREIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.260.214-80,
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 AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima/PE 30 de Junho de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 26/10/2019 10:19

Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/10/2019 10:31 - 26/10/2019 10:36

CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORRÊIA COM HISTÓRIA DE FRATURA DE ESCALÓIDE DIREITA, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA. SENHA 5801276

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.10 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro

FATURADO

Ana Pimenta

Acolhido(a) por: CLAUDIA PATRICIA DA SILVA FREIRE - COREN: 360963 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/10/2019 10:36

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Senha da Classificação: 

Atendimento: 501191

Data e Hora: 26/10/2019 10:40

Sexo: MASCULINO

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Endereço: RUA NOVA

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstico:

Prescrição Médica:

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha: _____

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 501191 Prontuário: 116466 SAME: 103520 Hora Atend: 10:40 Data Atend: 26/10/2019
Paciente..... : FABIO SILVA FERREIRA
Endereço..... : RUA NOVA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 26/10/2019
Idade: 32 a
UF.: PE CEP: 55900000
Piano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 11:00

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DIAGNOSTICO
RETORNOU AO SERVIÇO DE ORIGEM

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 13:32



Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 32 anos
Senha: 0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/10/2019 14:16 - 28/10/2019 14:22

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR NO PUNHO DIREITO.

Observação:

PROCEDENTE DO HOSPITAL BELARMINO CORREIA COM SENHA: 5803212. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 72.00 BPM
- GLICOSE: 88.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

RECEBIDO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Legião da Pele

Sim Não (X)

Local

Fernanda Nascimento
Enfermeiro
COREN-PE 273647

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 14:22



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 501455

Senha da Classificação:

Data e Hora: 28/10/2019 14:39

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA NOVA

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

VITIMA DE QUINTA QUADRA DE
COM FALHA EM MED (P).
ECONOMIA ABOLIDA

Exame Físico

CONSISTENTE ORÇAMENTO
MSD - 300 + 1000

Hipótese Diagnóstico

EX EQUILIBRIO

Prescrição Médica

INTERNAÇÃO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



Laudo para solicitação de autorização de internação

5

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		2 - CNES	
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - Nº Prontuário	
5 - Nome do Paciente FABIO SILVA FERREIRA		116466	
7 - Cartão Nacional do SUS 705002817241350	8 - Data de Nascimento 11/11/1986	9 - Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino	10 - RazaCor 03 - Parda
11 - Nome da Mãe DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA		10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável IGNORADO		12 - Telefone de Contato 8199127462	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA NOVA, 108 - TEJUCOPOA		14 - Telefone de Contato 992683114	
Município GOIANA	17 - IBGE 260620	18 - UF PE	19 - CEP 55900000
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 8 DIAS COM TRAUMA EM MAO DIREITA EVOLUI COM DOR E EDEMA EM REGIAO TENAR NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES PCR A PISTONAGEM DE POLEGAR WATSON POSITIVO			
21 - Condições que justificam a internação CITADAS ACIMA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE + EXAME FISICO			
23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO D	24 - CID 10 Principal S620	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas 040502006
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - Descrição do Procedimento Solicitado PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			
28 - Código do Procedimento 0415020069	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016278437533		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caracter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) 16339
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO		34 - Data da Solicitação 28/10/2019	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) 261910223013-0
48 - Documento () CNS () CPF		51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) Traumatologia / Ortopedia CRM 20031 TEOT: 15666	
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		50 - Data da Autorização	

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60800
Paciente : 116466
Convênio Atend. : 1
Leito : 70
Dt. Início : 10/11/2019 08:40
Cid Pré-Operatório : S620
Cid Pós-Operatório : S620

Sala : 0002 SALA 02
FABIO SILVA FERREIRA
SUS - INTERNACAO
ORTL-511-LEITO 002
Dt. Fim : 10/11/2019 09:40

Atendimento : 501671
Carteira :
Idade : 32 Anos

FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO
FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Procedimentos

Procedimento: 0408020466
Convênio: 001
Anestesia: 74

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO ESCAFÓIDE A DIREITA
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PARAFUSO DE HEBERT
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON
1º AUXÍLIO: DR PEDRO
INSTRUMENTADOR (A): PIERLA
ANESTESISTA: DRA NATALIA
ANESTESIA: BLOQUEIO MMSS

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA;
3. GARROTEAMENTO EM MSE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS E GARROTEAMENTO DO MSD;
5. INCISÃO DE PELE EM DORSO DO PUNHO DE APROX 7CM;
6. DIVULSÃO POR PLANOS, ABERTURA DO RETINÁCULO DOS EXTENSORES EM "Z" E ABORDAGEM ENTRE O 3º E 4º TÚNEIS, ABERTURA DA CÁPSULA ARTICULAR COM FLAP EM "H"
7. VISUALIZADA FRATURA DESVIADA DO POLO PROXIMAL DO ESCAFÓIDE. APOSIÇÃO DE FIO GUIA, FRESAGEM E COLOCAÇÃO DE PARAFUSO DE HEBERT DE 20MM.
8. VERIFICAÇÃO DO POSICIONAMENTO COM RADIOSCOPIA;
10. SUTURA POR PLANOS
11. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL
12. CURATIVO ESTÉRIL;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FABIO SILVA FERREIRA
CLÍNICA: _____

REG: 116466

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
28/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA +- 8 DIAS COM TRAUMA EM MAO DIREITA EVOLUI COM DOR E EDEMA EM REGIAO TENAR NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES MSD DOR A PISTONAGEM DE POLEGAR WATSON POSITIVO HD FX DE ESCAFOIDE DIREITO CD INTERNAMENTO + PRE OP - STAFF DR FRANCISCO COUTO
29/10/19	H: 507#
07:25	H: 01 AMESM
	EVOLUI BEM ESTABILIZADO, COM DOR
	QUEIXAS, B.E.G. E SINTOMAS
	CD: AGUARDA C/INVEST
30/10/19	H: 507#
07:30	H: 01 AMESM
	EVOLUI BEM ESTABILIZADO, COM DOR
	QUEIXAS NOVAS QUEIXAS
	CD: AGUARDA C/INVEST
31/10/19	H: 507#
08:15	H: 01 AMESM
	EVOLUI BEM ESTABILIZADO, COM DOR
	ORIENTADO, B.E.G. E SINTOMAS
	CD: AGUARDA C/INVEST

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **501671**

Usuário: ELISAMASP

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **FABIO SILVA FERREIRA**

Idade: 32a 11m 19d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 116466

Data de Nascimento: 11/11/1986

Profissão:

R.G.:

C.P.F.: 08226021480

Telefone: 992683114

CEP 55900000

- GOIANA

- PE

Endereço: RUA NOVA

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-18

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data e Hora da Internação: 29/10/2019 14:39

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

Numero:

Cidade:

Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/11/19

Hora da Alta: _____

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura de Escapula Direita

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Tratamento.....: RAM e parafuso de Herbol

Dr. Alexandre Braga
Ortopedia e Traumatologia
RUA NOVA

Médico e CRM: _____

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

FABIO SILVA FERREIRA

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 501671

Dt Atendimento: 29/10/2019 - 14:39

Dt Alta: 11/11/2019 - 16:13

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES-BUHL

EC-3

POLEGAR DIREITO

Rossana Lígia Fernandes Dantas
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DISTRICTO GERAL 7.742.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/05/2017

NOME << ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS >>

FILIAÇÃO << SEBASTIÃO RADIR DANTAS >>
<< INACIA FERNANDES DANTAS >>

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB DATA DE NASCIMENTO 07/04/1973

DOC. CRISTEM << CC 26745 L47B F68 CART SEDE
CAMPINA GRANDE PB 20 10 2004 >>

CPF 884.647.684-00

ASSINATURA DO INTERESSADO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

317052661805134701.7453785 F-76 88.077 - 3422

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUNIL

NOME **Fábio Silva Ferreira**

FUNÇÃO
Eliaser Rodrigues Ferreira
Djanira Maria da Silva Ferreira

NATURALIDADE **Golana - PE**
DATA NASCIMENTO **11/11/1986** ORGÃO EXPEDIDOR **SDS/PE** TIPO SANG. / FATOR RH **B**

Fábio Silva Ferreira
Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.516 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL **7.470.882** DATA DE EXPEDIÇÃO **17/01/2020**

REGISTRO CIVIL
Matr.: 077412.01.55.1988.1.00026.013.0028324.45 Golana - PE 03/12/2019

CPF **082.250.214-80** ONU **111111111111**

T. ELEITOR **11111111** CTPS **11111111** SERIE **1111** UF **PE**

RIS/PIS/PASEP **11111111111111111111** IDENTIDADE PROFISSIONAL **11111111111111111111**

CERT. MILITAR **11111111111111111111**

CNH **11111111111111111111** CTR **11111111111111111111**

Pedro de Araújo
Pedro de Araújo - Vereador do Conselho
Secretário do SDS/PE

EC-02

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Polegar Direito

G02 008.778

101441070

G02 008.778



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **082.260.214-80**

Nome: **FABIO SILVA FERREIRA**

Data de Nascimento: **11/11/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/05/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:47:30** do dia **29/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **55F6.BF8F.9C7A.1FAA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014486522105
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 484420828 ***** 2019

MARLUCE SOARES DA COSTA

ITAQUITINGA-PE

CPF / CNPJ 019.878.184-90 PLACA PFR3128

PLACA ANT / UF 9C2KC1680CR465464 CHASSI ***** / PE

PAS / MOTOCICLISTA ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL ALCO/ETANOL

HONDA/CG150 FAN ESDI MARCA / MODELO ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

2P/149CL CAP / POT / CIL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

1 IPVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
P 1 *****
V 1 FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO FAGO SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

ITAQUITINGA-PE LOCAL

12/01/19 DATA

Carreira

Marcelo de Souza
Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014486522105 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MARLUCE SOARES DA COSTA

CASA ITAQUITINGA-PE 55950-000

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 12/01/19

VIA 1 CPF / CNPJ 019.878.184-90 PLACA PFR3128

RENAVAM 484420828 MARCA / MODELO HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB 2012 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 9C2KC1680CR465464

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAB (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL BÔNUS PELA SEGURANÇA (R\$)

SEGURO FAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FABIO SILVA FERREIRA : 082.260.214-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200232665 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCAFOIDE DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: FÁBIO SILVA FERREIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: MARCENEIRO
Identidade: 7.470.882 - SDS/PE CPF: 088.260.254-80
Endereço: RUA NOVA, nº 108, CASA-A, CENTRO, GOIÁLIA-PE,
CEP= 55.900-000

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 26/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

ABREU E LIMA-PE, 28/06/2020
Local e data

* Fábio Silva Ferreira

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182018/20

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 26/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

FABIO SILVA FERREIRA : 082.260.214-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/06/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/06/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA