



Número: **0065869-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO SILVA FERREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
88963771	22/09/2021 09:43	2776002_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

Processo: 00658697220208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO SILVA FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014979-6

Autenticação:

7FC29322268EC191E1CD3E4E7A410DEE4334E1E68D5B184FFA7240427123CDAD

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

No mais, requer a juntada do processo administrativo completo, que segue anexo, a fim de comprovar o efetivo pagamento efetuado em sede administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 17 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0065869-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO SILVA FERREIRA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
88963772	22/09/2021 09:43	2776002_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086463

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

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

Carta nº 13891692

Pag. 00149/00150 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086463

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01407/01408 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190086463

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO SILVA FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FABIO SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

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

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

Nº do sinistro ou ASL: 340086463 CPF da vítima: 082.260.214 - 80 Nome completo da vítima: Babo Silva Ferreira

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

Nome completo: Babo Silva Ferreira CPF: 082.260.214 - 80
Endereço: Rua Nova Número: 108 Complemento: A
Cidade: Capiana Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: babosilva@gmail.com Tel (DDD): (91) 3626-3711

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

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2918 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 14979 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)

CONTA: (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.

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 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ 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 prestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da reincidência criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Capiana - PE 20.02.2019
Nome: Babo Silva Ferreira
CPF: 082.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: _____

CPF: _____

20 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, 1º andar, J. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP0.001 V001/2018



type: individual

HISTÓRICO		VALOR
DATA	DET. LOCA. FECH. ORIG. DÍVUL. AUT. CARTÃO	
02/02	CHI 000001 DINHEIRO	300,00
02/02	45.50376.1 2519	300,00
02/02	SALDO AMERICA	300,00
02/02	DET LOCA CIA DEBATIVADA	0,00
02/02	45.50381.1 2519	0,00
02/02	S A L D O	

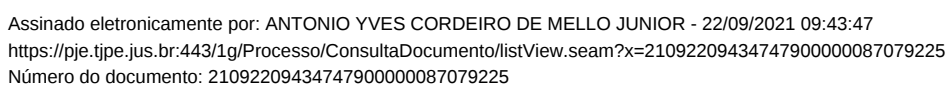
ENCERRAMENTO DE CONTA EM 13/02/2019

-----FIM

ENCERRADO DA CONTA EM 13/02/2019
-----FIM-----

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.150-010
RECIFE-PE

13/02/2019 10:33:16



ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANÇA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO SILVA FERREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000014979-6

Autenticação:

7FC29322268EC191E1CD3E4E7A410DEE4334E1E68D5B184FFA7240427123CDAD



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190086463 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO (REDUÇÃO INCRUENTA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (14)RELATÓRIO MÉDICO DE 22/01/19 DR ALLISSON VIEIRA.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

082.260.214 - 80

Fabio Silva Ferreira

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

Nome completo:

Fabio Silva Ferreira

CPF: 082.260.214 - 80

Profissão:

Recebe

Endereço:

Rua Nova

Número:

108

Complemento:

A

Bairro:

Centro

Cidade:

Goiana

Estado:

PE

CEP:

55900-000

Tel (DDD):

(71) 3626-3111

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2918

CONTA: 14979

6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 3º, declarando que esta autorização não significa oneração da Seguradora Líder com a realização de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devolva, 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Goiana - PE 30.01.2019

Nome: Fabio Silva Ferreira

CPF: 082.260.214 - 80

(*) Assinatura de quem assina a ROGO

Fabio Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - 18/01/2019 11:4
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

2 de 2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134000198

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2019 às
11:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/7/2018 às 19:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, PE-079, SENTIDO
HOSPITAL MEMORIAL DE GOIANA, - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VANILDO DE SOUSA PEREIRA (OUTRO)
FÁBIO SILVA FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **FABIO SILVA FERREIRA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

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

FÁBIO SILVA FERREIRA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DJANIRA**
MARIA DA SILVA FERREIRA Pai: **ELISER RODRIGUES FERREIRA** Data de Nascimento: **11/11/1988** Naturalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCEIRO(A)** Telefones Celulares:
- 94072542

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 102, RUA SANTA TEREZA, 102, CENTRO -
END. C - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

VANILDO DE SOUSA PEREIRA - 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)



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPreview

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VANILDO DE SOUSA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FÁBIO SILVA FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/OM/CELTA** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KID6655 (PARAIBA/DAO PESSOA)** Chassi: **SBORD66Z01G117172**
Ano Fabricação/Modelo: **2000/2002**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E HORA RETRO TRAFEGAVA NA CITADA PE-075, QUANDO UM VEÍCULO QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO COLIDIU COM O VEÍCULO CONDUZIDO PELA VÍTIMA EM EPIGRAFE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA E A POSTERIORI FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, E PELO EXPOSTO SUPRA CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Fábio Silva Ferreira
FÁBIO SILVA FERREIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Daniel Pereira Vicente* - Matrícula: **3347489**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 092.260.214 - 80 Nome completo da vítima: Fabio Silva Ferreira

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

Nome completo: Fabio Silva Ferreira
Profissão: Motorista
Endereço: Rua Nova
Bairro: Centro
Cidade: Goiânia
Estado: GO
CEP: 75000-000
E-mail: fabio.silva.ferreira@gmail.com
Tel (DDD) 61 3626-3771

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2918 ☐ CONTA: 14939 ☐ 6

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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.

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 à 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 da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prevenção de litígio com a Seguradora.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Goiânia - PE 30.01.2019
Nome: Fabio Silva Ferreira
CPF: 092.260.214 - 80

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



Atendimento: 435600

Senha da Classificação:

Data e Hora: 07/07/2018 22:54

0029

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA NOVA

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Existe uma lesão de aspecto (colorido) como carne, sem dor de compressão. do vomito. Regor cefálico, náuseas, dor abdominal na torção. Repetir dor intensa de abdômen

Exame Físico

Ex. físico: paciente, desnutrido, agitado
Pul. 110 bpm, FC 118
RI - H+/H- ALT 1100
A. H. - H+/H- ALT 1100

Hipótese Diagnóstico

2. Polipneumonia

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Prescrição Médica

1. Sol. Rx de torção, Pulm
2. Inalação da oxigênio

31 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.000-010
RECIFE-PE

Ex. físico - sem sinais de pneumonia

Alta da C. Geral

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Cássio Torres
CRM: 21500

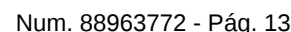
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



[illegible]



Escritório: COIAMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

INSCRIÇÃO: 0+2.492.765.9134.000

GROUP: 13

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 01098944.0

ESTADO	POTENCIAL		
AL2F5E3348	07/12/2018	07/01/2019	REAL 7
ÁREA		ENOTO	
LEIT. ANT.: 341	CONTUADO: 8	LEIT. ANT.: 1	VOLUME: 8
LEIT. ATUAL: 341		LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 341	ND BARAO	LEIT. FAT.: 1	

HISTÓRICO DE CARGAS REFERÊNCIA/COMANDO	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	PARÂMETROS	EXIS. PELA PORT. Nº 2.814/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATEND. A LEGISLAÇÃO
11/2/18 17				
12/2/18 150				
04/2/18 12				
04/2/18 100				
05/2/18 140				
07/2/18 87				
08/2/18 81 8				

PARÂMETROS	EXIS. PELA PORT. Nº 2.814/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATEND. A LEGISLAÇÃO
TURBID. 45	45	45	45
CON. APARENTE 45	45	45	45
CLORO. RESIDUAL 45	45	45	45
CALCÍO. TOTAL 45	45	45	45
PH 45	45	45	45

OBSERVAÇÕES: 1) COLIFORMES TOTAIS RESIDUAIS EM 85 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ECHECULONIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DA CONTAM. BACTERIAL DA ÁGUA.
 3) OS PARÂMETROS COM 2 TURBID. SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES RESIDUAIS DO ABASTECIMENTO DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ALPHEA

2008年12月12日 星期五 11:51:11 AM

00000000-0000-0000-0000-000000000000

WELLS, P. / IMPERFECTUALIDADE

五、申請人姓名

12/2024

05/2018 06/2018 07/2018

CONSUMO POR FAIXA

642

VALOR R\$

69,29

3.43

3.04

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

518	80, 72	1, 63	1, 26
CUTINS	80, 15	7, 47	4, 82

26/02/2019

66,22

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 123,77. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A
 MULTA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

Cell Line: 293T **Interact**

2012年12月15日 星期一



Arpe espina de la que se
desprende el pene

0800-2813844

01033944.0

12/2018-9

20/02/2019

66.22

CODIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

#2880000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguraduralider.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: 4026-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

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?ID=1&CODIGO=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 PELA 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 FISCALIZAÇÃO, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Luiz Guilherme Gonçalves de Carvalho
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083-562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Julio Silva Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.250.214 / 90
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Julio Silva Ferreira
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.250.214 / 90, 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 da comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>antonioyves.cordeiro@gmail.com</u>		CEP: <u>55900-000</u>
		Tel. (DDD): <u>81</u> 3626-3771

Local e Data: Goiana - PE 30.01.2019


05.802.494/0001-00 Assinatura do Declarante
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE

DLDR-001 V001/2017





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 435600

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 07/07/2018 22:54

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/11/1986 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA NOVA

108

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

trauma de acidente (coluna) com o corpo, sem perda de consciência, de vômitos. Dor cervical, náuseas, dor abdominal na torção. Ruptura de útero e feto vivo

Exame Físico

PA: 120/80, pulso 90, saturação 98%
RC: sem ruído, FC: 88
T: 37,2, H: 100, R: 1200
A: 100, S: 100, T: 100

Hipótese Diagnóstico

2. Politrauma

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Prescrição Médica

1. Sol. Rx de torção, Pelve
2. Analgesia da coluna

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 50.750-010
RECIFE-PE

Rx de torção - sem sinais de lesão pulmonar
Alta da emergência

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Cássio Torres
Médico
CRM: 22707

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/EC003031 Data e Hora de Atendimento: 07/07/2018 19:20 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Cirúrgica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: FABIO SILVA FERREIRA Registro SUS: 705062817241350
Data de Nascimento: 11/11/1986 Idade: 31 Sexo: Masculino Cor: Branca
Profissão: Solteiro(a) Naturalidade: GOIANA Nacionalidade: BR
Filiação: ELIEZER RODRIGUES FERREIRA
7470882 DIANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA NOVA, N 101 Complemento:
CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 99407-8942
Acompanhante: CARLA / ESPOSA
Motivo: ACIDENTE DE TRÂNSITO - Act. Colisão com Outro Veículo Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Equipe de Resgate

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse
() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parosteia e/ou Paralisia de parte do corpo
() Dor: Local

Queixa urinária:

Tratamento: Local

Tratamento:

Doenças Mórbitas / Medicamentos

- Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Bronquite () Alergias
Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C

Outros:

Uso de medicamentos:

Sinais Vitais

P.A. 122/72 mmHg Tm 37.2 °C Pm 72 bpm F.R.m 18 rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar mg/dl

Encaminhamentos

- ☒ Clínica Geral
() Pediatria
☒ Cirurgia
☒ Ortopedia
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros:

Classificação:

Ass. Enfermagem

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 SL 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Exame Físico: Peso: kg

Exame diagnóstico / conduta

Local de Atendimento:

CID 10:

0301060061 970/28
0301100012





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	FABIO SILVA FERREIRA	6 - Nº Prontuário	116468
7 - Cartão Nacional do SUS	705002817241350	8 - Data de Nascimento	11/11/1986
9 - Sexo	☒ Masculino ☐ Feminino	10 - Raca/Cor	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	DJANIRA MARIA DA SILVA FERREIRA	12 - Telefone de Contato	8199127462
13 - Nome Responsável	ELIEZER	14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA NOVA, 106 - TEJUCOPAPO		
16 - 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 ACIDENTE (COLISÃO) CARRO X CARRO, SEM PERDA DE CONSCIENCIA OU VÔMITOS. NEGA CEFALÉIA, NEGA DOR ABDOMINAL OU
ICA. REFERE DO INTENSA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

21 - Condições que justificam a internação
AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO - RUO X

23 - Diagnóstico Inicial / Código
LUXACAO DA ARTICULACAO DO QUADRIL

24 - CID 10 Principal
S730

25 - CID 10 Secundário
V482

26 - CID 10 Causas Associadas
V439

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
REDUÇÃO INCRUENTA C/ MANIPULAÇÃO DE LUXAÇÃO ESPONTANEA / PROGRESSIVA DO QUADRIL COM APLIC

28 - Código do Procedimento
0408040173

29 - Especialidade
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento
2

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
980016278237633

33 - Data da Solicitação
08/07/2018

34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
16339

35 - CNPJ Seguradora

36 - CNPJ Empresa

37 - Nº Bônus

38 - CNAE Empresa

39 - SORTE

40 - CSOR

41 - SORTE

42 - CSOR

43 - SORTE

44 - CSOR

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cod. Órgão Emissor
E260000001

48 - Documento
() CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
261810161478-8

Código do Laudo: 435600



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/07/2018 22:50



Nome Paciente: FABIO SILVA FERREIRA
Cod. Paciente: 116466
Data de Nascimento: 11/11/1986
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0029
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 435600
SAME: 103520

Período: 07/07/2018 23:01 - 07/07/2018 23:04

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CARRO. APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM FACE, DOR EM QUADRIL ESQUERDO. TCE LEVE

Observação:

NEGA ALERGIAS / HAS / DM.
ENCAMINHADO DO HOSPITAL DE GOIANA COM SENHA 5464188.

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM

- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG

- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local: *Unidade de Curativos + Escala*
fact.
Enfermeiro
KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA
COREN: 364448

REVISADO
NEPLINHA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/07/2018 23:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Continuação ...

ORTOPEDIA. Pac. vítima de acidente de trânsito, colisão carro x carro. Tração
pelos ombros em uso de franela ortopédica e cota cervical. Observa 15
dias a impotência funcional em Quadril (E), atitude antálgica em
adução e Rotação interna, s/alt. neuromusculares em M.E. Provável
luxação do quadril e/ou necessidade de exame radiográfico. Unidade não
disponível de radiografia.

cd: Encaminhado p/ serviço de referência. / Aut. Cir. Genl.
td: Luxação do Quadril (E).

✓ 20:00h Tramal 100mg + 100ml SFC, 91. EV lento.

Evolução Enfermagem

✓ 20:00h -
Paciente de acúmulo anti/anti a
Extremidade - membro D + Axila e
+ joelho E

+ Anestesia

+ Sutura de estupro furo

o Cuidado o choro

Dr. Antônio Roberto A. Caspary
Médico Cirurgião Geral
CRM 133133-S

ALTA

20:20h Tramal 100mg + 100ml SFC, 91. EV lento.

Dr. Tiago Viana
Médico
CRM 133133-S

Data:	
Hora:	
Residência:	
Internação:	
Óbito:	
Transferência:	✓

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Médico - CRM

31 JAN 2019

Hospital:

Hospital: Hospital de Referência

Sanha:

Sanha: 5964 188.

Cadastro:

07/07/2018 19:21:03

ROBERTA RECIFE-PE

Impressão:

07/07/2018 19:23:32

ROBERTA

21:30 Transferido para HMA (PE-Kome
mat. Doano)

13/01/19





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **435605**

Usuário: ADRIANAEP

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	FABIO SILVA FERREIRA			Prontuário:	116466
Idade:	31a 7m 26d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	11/11/1986
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	C.P.F.: 08226021480	Telefone:	992683114	CEP:	55900000
Endereço:	RUA NOVA	108	TEJUCOPO	GOLANA	PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação:	08/07/2018 00:08	
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERD2-13
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:	FATURADO
Endereço:	Numero:		20/07/18
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	CLAYDE VAN SOUSA
			FABIO SILVA FERREIRA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	08/07/18	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Boas condições clínicas		
Diagnóstico Principal.....:	Lunção do osso esquerdo		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	Redução de fratura do osso esquerdo		
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETOKA DE SEGUROS LTDA 31 JAN 2019			
Dr. Samuel Moura Ortopedista CRM: 10000			
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 08 de JULHO de 2018

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FABIO SILVA FERREIRA REG: 116466

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/7/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE (COLISÃO) CARRO X CARRO SEM PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. NEGA CEFALÉIA NEGA DOR ABDOMINAL OU TORACICA. REFERE DO INTENS
	EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
	AO EXAME: REG, ANICTÉRICO, ACIANOTICO, EUPNEÍCO
	NORMOCORADO, NORMOCARDICO
	INCAPACIDADE DE MOBILIZAR MÃO (esquerda)
	HD: LUXAÇÃO DE QUADRIL
	CONDUTA: AO BLOCO

Sob orientação Dr. Sormane

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia/Traumatologia
GRUPO 26.720

08/07/18

SOT #A

HD: Luxação de quadril @

1 DPO de redução de luxação.

Paciente submetido à redução de luxação de quadril esquerdo. Evolui

sem sequelas. Ao exame físico, Res

Oligoanestesiado consciente hidratado afebril

eupneico corado. Apresenta ecotomias

em região do corpo cabendo e

toes esquerdos já suturados.

NEUROVASCULAR PRESERVADO

em Alta Hospitalar com orientação.

(sob orientação do Dr. Thiago Medeiros)

Dr. Samuel Moura
Ortopedia/Traumatologia
GRUPO 26.720

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. 1
Roa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 08/07/2018
Hora.: 00:55

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 50578 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA Atendimento: 435605
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 888 VERD2-13 Idade: 31 Anos 27 Dias 1 Hora
Dt. Início: 08/07/2018 01:02 Dt. Fim: 06/07/2018 01:28
Pré-Operatório:
Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408040190 REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL TRAUMÁTICA / PÓS-ARTROPLASTIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO ANTERIOR DO QUADRIL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: REDUÇÃO INCRUENTA DE QUADRIL ESQUERDO
OPERADOR: DR SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR MARIO ALVES
2º AUXILIAR: DR HUDYSON ROCHA

ANESTESISTA: DRA SIMONE
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. REALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA ATRAVÉS DA MANOBRAS DE ALLIS
3. VERIFICADA ESTABILIDADE ATRAVÉS DA MANOBRAS DE COMPRESSÃO AXIAL A 90° DE FLEXÃO E AO TESTAR OS MOVIMENTOS DO QUADRIL
4. CURATIVO
5. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.720

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 505A
Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE
FATURADO
20/07/18
CLAUDIAN SOUSA
FATURISTA

DR(A): SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Hop: Miguel Amos

Guia de Esclarecimento

Sentença: 5484 988 -
REGIÃO: XII GERES

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

Ata de Sessão:

Fabio Silva Figueira

31a. Sexo: M. Cor: Branco Estado Civil: _____ Profissão: _____

Idade: 187h 1m 10s Horas do dia: 18h 1m 10s de _____

Local atual: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de origem: Vitoria da Conquista - Bahia

Local de destino: Vitoria da Conquista - Bahia

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

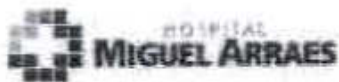
31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.660-010
RECIFE-PE

Ass. Médico: _____

Ass. Médico: _____





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ³²FABIO SILVA FERREIRA REG: 116466

IDADE: ³²32 SEXO: ^MM DATA DA ADMISSÃO 7/7/2018 DATA DA ALTA 08/07/18

DIAGNÓSTICO: ^{URTI}URTI DE OVARIO ESQUERDO

TRATAMENTO REALIZADO:

^{TRATAMENTO}TRATAMENTO REALIZADO: ^{FECHADA}FECHADA ATRAVES DA MANEIRA ^{DE}DE ALIS

ORIENTAÇÃO:

^{ADMISSÃO}ADMISSÃO ^{ESSE}ESSE ^{AMBULATORIAL}AMBULATORIAL
^{ANALISE}ANALISE
^{RETORNO}RETORNO ^{AMBULATORIAL}AMBULATORIAL

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

^{RETORNO}RETORNO
^{AO}AO AMBULATORIAL
^{EM}EM 15 DIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

Dr. Samuel Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 435600 Prontuário: 116466 SAME: 103520 Hora Atend: 22:54 Data Atend: 07/07/2018
Paciente..... : FABIO SILVA FERREIRA Idade: 31 a
Endereço..... : RUA NOVA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55600000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/07/2018 Hora Saída : 00:05

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 435605

Dt Atendimento: 08/07/2018 - 00:08

Dt Alta: 08/07/2018 - 11:00

Paciente: 116466 FABIO SILVA FERREIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 688 VERD2-13

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: LUISKNS

CID:

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

Observação de Alta

LUIS KLEBER NASCIMENTO DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

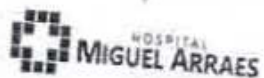
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



LAUDO AL TMS



RECEITUÁRIO

FABIO SILVA FERNANDES

Atesto para os devidos fins
que o paciente SUBMETIDO
foi SUBMETIDO à REDUÇÃO
DE LUXAÇÃO DO OMBRO
APÓS PERÍODO DE CUIDO
NUTRICIONAL COM 30 (TRINTA) DIAS

27/18/18

Dr. Francisco Costa
Tratador Especialista
Cirurgia de Mão e Braço

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 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: 07/07/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 07/07/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Fabio Silva Ferreira.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Luxações do quadril esquerdo.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): 05.802.494/0001-11 Redução cirúrgica. TRAÇÃO CORRETORES DE SEGUROS LTDA 31 JAN 2019	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO FASSÍVEL 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
1ª Dor, déficit de força e ADM
2ª no quadril esquerdo
3ª Perda funcional de 50% no
4ª quadril esquerdo.
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/01/19 a 22/01/19, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiano PE 22/01/19

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alessandro F. F. Vieira
CRM-25 de GOIÂNIA-17205



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgastes.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento da sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e distração no trabalho propõem a acidentes pela distração.

Leia e ouça sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



019860 00067

Número Série



ASSINATURA DO PORTADOR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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



05-802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31-JAN-2020

1010-010-010-010
010-010-010-010

Nome

Eólio Silva Ferreira

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Loc. Nasc.

Goiana

Relação

Estado Civil

Doc. N°

11/11/88

Chegada no Brasil em

11/11/88

Exp. em

11/11/88

Obs.

11/11/88

Data Fim

11/11/88

Doc. Ident. N°

11/11/88

Assinatura do Funcionário

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

Assinatura do Assinante

11/11/88

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

 MINISTERIO DA FAZENDA Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO Número 082.260.214-80 Nome FABIO SILVA FERREIRA Nascimento 11/11/1986 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO	CÓDIGO DE CONTROLE AF52.458D.05D8.9EB8 A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço: www.receita.fazenda.gov.br Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil em 18:37:16 do dia 03/11/2015 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00
--	--

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012895451542
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
1-0074795214-0 00/00000000-2016

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

06733975483

RID9555/PB

KID9555 PE 98GRD08Z01G117178

PAS/AUTOMÓVEL

GASOLINA

GM/CELTA

2000 2001 CC

5.2/60

/CV

PARTIC

BRANCA

COTA ÚNICA

00/00/0000

1º VENC / COTAS

P

V

A

0 PARCELAMENTO / COTAS

2º

SEGURO P A G O

21/09/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

PITIMB

369

0

21/09/2016

16080

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESQUISA
TRANSPORTADA DO NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012895451542 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
06733975483
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 21/09/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VANILDO DE SOUZA PEREIRA

VIA CPF / CNPJ

PLACA

RENUNCIAR

MARCA / MODELO

06733975483

RID9555/PB

00747952140

GM/CELTA

PRÊMIO TARIFÁRIO

2000-1

98GRD08Z01G117178

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.548.805/001-04

16080-0850501-20160921

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPvat

Outorgante: Fabio Silva Ferreira
RG/CNH/CTPS: Nº 019860 Série 00067 CPF: 082.260.254.80
Profissão: maquinhão
Estado Civil: Solteiro
End: Rua Nova 108-A, Centro, Goiana

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho
RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65
End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vitima: Fabio Silva Ferreira

Acidente: 07-07-2018

Cobertura: Imobilizar

Goiana PE, 31 de junho de 2018.

Fabio Silva Ferreira

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

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

Serviço Notarial e Registral do 2º Oficial Carla Maria Helena
Rua da Moura, 100 - 1º andar - 50.060-010 - Boa Vista - PE - e-mail: carla@notariadigital.com.br
Reconheço por Autenticidade a firma de FABIO SILVA FERREIRA.
Ora fé. Goiana, 31/07/2018 09:34:04. Em testemunho
da verdade. A tabelas Reconheço.
Encl. R\$3,79, T\$38. R\$40,80, F\$24. R\$40,40 total: 4,79 Selos
0077638.103406201901.03417 consulte autenticidade em
www.tpe.br/belodigital

Vilma Joaquim de Lima
Escritor



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037140/19

Vítima: FABIO SILVA FERREIRA

CPF: 082.260.214-80

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO SILVA FERREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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 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: 31/01/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

