



Número: **0079207-16.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.134,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RICARDO CARLOS FERREIRA (AUTOR)		GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73497337	13/01/2021 13:52	ANEXO 1	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, 17 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200425839

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

Data do Acidente: 28/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO CARLOS 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 um dos membros superiores 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: **RICARDO CARLOS FERREIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **000000163377-0**

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

7 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

030.983.064-83 Ricardo Carlos 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:

6 - CPF:

Ricardo Carlos Ferreira

030.983.064-83

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Almoxtaripe Rua Luiz Farias

87

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Nova Sra. Conceição Moreno

PE

54800-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Banco da Conta Corrente:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ Banco do Nordeste (001)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

064803

CONTA:

00163377

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, recorrendo 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo auto motor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

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 nasceu? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos 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

Indicação
de quem
assinou
o pedido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 25 de Setembro, 2020.

Ricardo Carlos Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001073

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/10/2020 às
15:13

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 28/8/2020 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA LUIZ SONZAGA, 1 - Bairro:**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50670-421 - Ponto de Referência:
PROXIMO AO HOSPITAL PELOPEDAS DA SILVEIRA
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
RICARDO CARLOS FERREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a)
Sr(a): RICARDO CARLOS FERREIRA

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

RICARDO CARLOS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA Pai: MANOEL CARLOS FERREIRA Data de Nascimento: 11/8/1977
Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:**
5261164/SSP/PE (RG), 9388536433 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: ALMOXARIFE Telefones Celulares:
- 986926678

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE MORENO, 57, RUA LUIZ FERRAZ - CONCEICAO - CEP:**
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO
ARMAZEM DE JOAO DA GRADE
Endereço Comercial: **RUA RIO TEJUPÍ, 255 - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, FIRMA HNR GESTAO ENGENHARIA E SERVICO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): RICARDO CARLOS FERREIRA,
que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO CARLOS FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: NÃO**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol-S.O.9/xml/BOEPreview.html

Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYD2622** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **121238012** Chassi: **9C2ND113MR808624**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2018** Combustível: **ALCOOL**

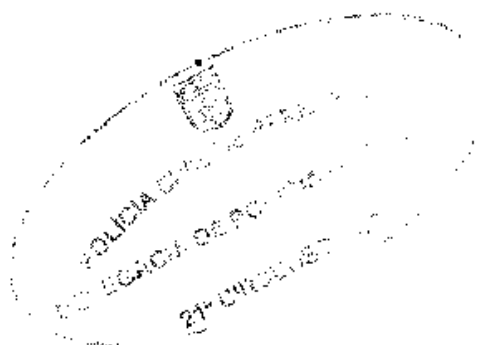
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR RICARDO CARLOS FERREIRA, COMUNICANDO QUE CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA NO DIA 28/08/2020 POR VOLTA DAS 18:00HS. PELA BR. LUIZ GOMZAGA (ANTIGA BR. 232) PROXIMO AO HOSPITAL PELOPEDAS DAS SILVEIRA, RECIFE - PE., QUANDO DE REPENTE A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE O A VITIMA FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - RECIFE - PE., PARA OS PRIMEIROS SOCORROS, NO DIA 29/08/2020 FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL HARMINDO MOURA MORENO - PE., ONDE FOI SUBMETIDO A UMA CIRURGIA NO BRAÇO ESQUERDO, PELO EXPOSTO A MESMO COMUNICOU O FATO A DP. LOCAL, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Ricardo Carlos Ferreira
RICARDO CARLOS FERREIRA
(VITIMA)

RBS
B.O. registrado por: **ROMERO BARBOSA PATRIOTA** - Matrícula: **381028-3**
(Liberado em 21/10/2020 às 15:55)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 030.983.064-83 4 - Nome completo da vítima: Ricardo Carlos 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: Ricardo Carlos Ferreira 6 - CPF: 030.983.064-83
7 - Profissão: Almozenista Rua Luiz Farias 8 - Endereço:
11 - Bairro: Nova Sra. Conceição 12 - Cidade: Moreno 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 - Banco da conta: ☐ BRB - BNB PARANÁ ☐ BRB - BNB PARANÁ ☐ BRB - BNB PARANÁ

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

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 064803 CONTA: 00163377

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, recorrendo 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo auto motor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: ☐ Cônjuge ☐ Pais ☐ Filhos ☐ Irmãos ☐ Outros

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(s) (seu/sua)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos 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

Assinatura legível de quem assina o pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife, 25 de Setembro, 2020.
Ricardo Carlos Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 2528.000
EM: 11.09.2020

Atendendo ao requerimento do Sr. **RICARDO CARLOS FERREIRA, RG: 5261164 – SSP/PE, CPF: 030.983.064-83**, consta em nossos arquivos a ocorrência de Nº S.863842, do dia 28 de agosto de 2020, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 19h 10min vítima de queda de moto. O acidente aconteceu na BR 232 s/n sentido Recife próximo ao Hospital Pelopidas – Moreno – Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para Hospital Otavio de Freitas.

Jaboatão dos Guararapes, 06 de outubro de 2020.


Paulo Mariano
Coordenação Geral, Mat.911742
Secr. De Saúde – SAMU – 192
Jaboatão dos Guararapes – PE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/12/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO CARLOS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000163377-0

Nr. da Autenticação BF8521F6EA1FF345





OFERECIDA PELA FERRAGEM DA OI
Assinada eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

FATURA DE

VENCIMENTO

PAGAMENTO

CÓDIGO MINHA OI
401707224406

Emissão em: 06/11/2020
Período de: 03/10/2020 a 03/11/2020



OTC RECIFE PE PL3
RICARDO CARLOS FERREIRA
RUA LUIZ FERRAZ 87
NOSSA SRA CONCEICAO
54800-000 - MORENO - PE



AD: 00011030

SEU CRIAR
SEU CRIAR

A OI CRIOU UMA
LOJA ONLINE
TODA SUA.



APROVEITE SUAS COMPRAS ONLINE

CPF: 030.593.064-83
NÚMERO DO CLIENTE: 2359567579
NÚMERO DA FATURA: 57539526
Nº PARA CORTO AUTOMÁTICO: 401707224406

SERVIÇOS UTILIZADOS

7.1.1.1.1.1

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES

54,85

TOTAL DA SUA FATURA

54,85

CÓDIGO MINHA OI

401707224406

Valor da sua fatura por faturamento

Nov 2020	54,85
Out 2020	54,85
Set 2020	54,85
Ago 2020	54,85
Jul 2020	54,85
Jun 2020	54,85

Para o cliente, fazer o pagamento em até 10 dias após o vencimento da fatura. Caso não seja pago, a OI poderá suspender o serviço. A suspensão do serviço poderá ser feita a qualquer momento, sem aviso prévio. A suspensão do serviço poderá ser feita a qualquer momento, sem aviso prévio. A suspensão do serviço poderá ser feita a qualquer momento, sem aviso prévio.

CLIENTE	FATURA DE	VENCIMENTO	VALOR
RICARDO CARLOS FERREIRA	NOV 2020	10/11/2020	54,85

DEBITO AUTOMÁTICO

401707224406

OI MÓVEL S.A.
CNPJ: 07.043.888/0001-90
RUA LUIZ FERRAZ 87
NOSSA SRA CONCEICAO
54800-000 - MORENO - PE

84840000000-2 54850113235-9 91575790576-4 39152600100-5



2a VIA



CELPE

www.caipe.com.br

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DATA DE VENCIMENTO

31/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

190,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/03/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
24/03/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
101050686

CONTA CONTRATO
002525983016

Nº DO CLIENTE
2001355309

Nº DA INSTALAÇÃO
6002095106

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES
Monofásico

ALFA DO LETE/RECIFE
50070-480 RECIFE PE

RESERVADO AO FISCO

9389.320D.ECFE.6DD8.3374.8BE4.07DA.91BF

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpac.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo APRO(6A)-TUBO	0,26038500	MAR 20	196
Consumo APRO(19A)-TE	0,25038500	FEV 20	222
		JAN 20	119
		DEZ 19	225
		NOV 19	219
		OUT 19	239
		SET 19	222
		AGO 19	223
		JUL 19	239
		JUN 19	295
		MAI 19	255
		ABR 19	242
		MAR 19	250
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	RS	%	
Geração de Energia	48,76	31,28	
Transmissão	5,88	3,64	
Distribuição (de Cadeia)	34,39	22,12	
Encargos Setoriais	8,09	5,20	
Perdas	47,87	30,87	
Perdas de Energia	10,83	6,94	
TOTAL	155,64	100	

INFORMAÇÕES DE TRIEUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
155,64	25,00	38,91	155,64	1,04	1,61	155,64	4,79	7,45

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL:

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MCB1974	CAT	14/02/2020	54.435,00	17/09/2020	54.671,00	32	1,00000	0,00	126,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 17/04/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Jan/2020					
DIC-Mo. de horas sem Energia	GAZOMETRO	0,00	26,06	52,17	104,34
FIC-Mo. de horas sem Energia		0,00	3,41	6,22	12,46
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,80	12,57	0,00	9,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICR: 12,22					
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 66,48					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! as carnalões foram ruy barbosa; avenida advogado jose paulo cavalcanti lha joana bozerra / unilur; avenida lima paulo boz vitalista completa em www.celso.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.amae.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEEL), juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há decumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTROYED COPY

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002525983016	03/2020	190,55	31/03/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=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 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 Gizelle Valença de Medeiros
inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Ricardo Carlos Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.064/83
do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ricardo Carlos Ferreira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.983.064/83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Francisco Alves</u>	Número: <u>105</u>	Complemento: <u>104</u>
Bairro: <u>Ilha do Leite</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____		CEP: _____
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Recife, 25 de Novembro, 2020

Gizelle Valença de Medeiros
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 28/08/2020 19:12

Nome Paciente:	RICARDO CARLOS FERREIRA
Cód. Paciente:	1115436
Data de Nascimento:	11/08/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	43
Senha:	1A0055
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1409378 
SAME:	1115436

Período: 28/08/2020 19:15 - 28/08/2020 19:15

MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cat:  LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTADO PELO SINAL APÓS QUEDA DE MOTO.
NÉQUESES E VÔMITOS.
TRAUMA EM MESSO

Exame físico: PRESENÇA EM EXTREMIDADES

Exame de laboratório: - CORPUSCULOS

Exame de imagem: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Exame de imagem: - REX - 19/08/20

Aceito(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data de impressão: 28/08/2020 19:15

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 3

PEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Elaborado por: GEORGE ROCHA FERREIRA

Atividade de Evolução

Em: 29/08/2020 00:44

Paciente: 1118496 - RICARDO CARLOS FERREIRA

Idade: 43 Anos 3 Meses 17 Dias

Data de Nascimento: 11/05/1977

Atendente Assistente: EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR

Registro / Número Cons.: CRM - null - 17475

Função: MÉDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Endereço: 3489378

Leito:

Admissão: 28/08/2020 19:12

Unidade: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Evolução: 977812 (FECHADO)

Responsável: GEORGE ROCHA FERREIRA - CRM 15896 /
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

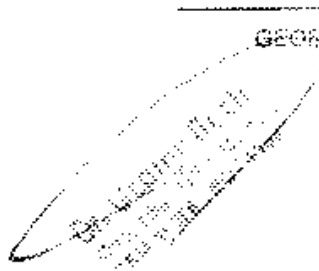
29/08/2020

Data/Hora do Documento:

29/08/2020 00:43

DOENTE INTERNADO PARA TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DE ÚMERO E
OLHO SEM INTERCORRÊNCIAS
GUARDA VAGA NA ELETIVA

GEORGE ROCHA FERREIRA
CRM 15896



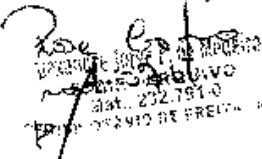
 <i>Pernambuco</i>	SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS COL 39.794.975/001-56	 SAME
--	--	---

DECLARAÇÃO

Recife, 02 de Setembro de 2020

Declaramos para os devidos fins que o Sr. RICARDO CARLOS FERREIRA, filho de Maria das Graças Ferreira, Prontuário Médico nº1116496, esteve internado na Clínica de Traumatologia/ortopedia Posto Inf. 02 leito 01 nesta Unidade de Saúde, admitido no dia 28/08/20 às 19h12min. Transferido para o Hospital Armino Moura no dia 30/08/20.

Cordialmente,


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico Assistente
Mat. 232.791-0
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

As informações contidas neste documento foram transcritas do Sistema de Admissão de Pacientes, não do Médico Assistente e sim do Serviço de Arquivo Médico e Estatística.

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento/internamento hospitalar para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO AMBULATORIAL, segundo a recomendação Nº 04/2002 DO MINISTÉRIO Público do Estado de Pernambuco.

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Sancho - Recife - PE CEP 50.920-640
Fone: 81 - 3182 - 8598



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/09/2020 15:33

Atendimento: 348139 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 01/09/2020 Hora: 13:30
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente: 37142 RICARDO CARLOS FERREIRA
Nascimento: 11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)
Endereço: RUA IDAILZA TOME DE LIMA
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: MANOEL CARLOS FERREIRA
Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986966575
G.Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 31/08/2020 - 17:16

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

HDI:

FRATURA DIAFISÁRIA DE UMERO ESQUERDO

CID: S42.3

CIRURGIA REALIZADA:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE UMERO ESQUERDO
EM 31/08/2020**

MÉDICO CIRÚRGICO:

Dr. RENATO BELLO COSTA

ORIENTAÇÃO:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 10 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; MANTER MEMBRO OPERADO IMOBILIZADO
- 4 - RETORNAR DIA 15/09/2020 AS 7 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR A NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Página 1 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/09/2020 15:33

Atendimento: 348138 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 01/09/2020 Hora: 13:30
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente: 37142 RICARDO CARLOS FERREIRA
Nascimento: 11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)
Endereço: RUA IDAILZA TOME DE LIMA
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: MANOEL CARLOS FERREIRA
Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986966575
G.Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 31/08/2020 - 13:48

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

Atesto para os devidos fins que **RICARDO CARLOS FERREIRA** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- () Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
(X) Necessitando de 30 (TRINTA) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
() Como acompanhante.
() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Página 1 de 2



HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 01/09/2020 14:33

Atendimento: 348139 Entrada: 30/08/2020 Hora: 08:54
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: Hora:
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 705102895303740

Paciente: 37142 RICARDO CARLOS FERREIRA
Nascimento: 11/05/1977 (43 Anos e 3 Meses)
Endereço: RUA IDAILZA TOME DE LIMA
Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEICAO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
País: MANOEL CARLOS FERREIRA
Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
C.P.F.: 03098306483
Identidade: 5261194 - SSP - PE
Telefone: / 986988575
G. Instrução:
Ocupação: ALMOXARIFE
Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 01/09/2020 - 08:06

EVOLUÇÃO (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 30/08/2020
DATA DA ALTA: 01/09/2020

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD: 1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 31/08/2020 - 17:16

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. RENATO BELLO COSTA CRM 17755)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: RENATO BELLO COSTA - CRM : 17755
Aux 1:
Anestesista: DIANA RAMOS
Instrumentador: EDER AGUIAR

Hospital: Memorial
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
Fone: (81) 3525-2913
Rua Campesin, S/N - Jaboatão - PE

Página 1 de 3



Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE UMERO ESQUERDO

Cirurgia Realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UMERO + TENOPLASTIA BRAQUIAL +

TENOLISE DE BICEPS

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISÃO EM FACE ANTERO-LATERAL DE UMERO DIREITO
- 4- DIVULSÃO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA COM TENOLISE DE BICEPS
- 5- REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA MELHOR POSSIVEL + FIXAÇÃO PLACA 4,5 ESTREITA + 8 PARAFUSOS CORTICAIS COM COMPRESSÃO INTERFRAGMENTARIA
- 6- LIMPEZA COM SF 0,9% + HEMOSTASIA
- 7- REALIZADA TENOPLASTIA DE BRAQUIAL
- 8- FECHAMENTO POR PLANOS APOS VISUALIZAÇÃO DE BOA REDUÇÃO EM
- INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 9- CURATIVO TIPO JONES + TIPOIA

Materiais Prosmed

Em: 30/08/2020 08:21

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM.27987)

SOLICITO:

(X) ECG

(X) PARECER CARDIOLÓGICO

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

30/08/2020

Em: 30/08/2020 09:19

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DIAFISÁRIA DO UMERO ESQUERDO
DOENÇAS DE BASE:	NEGA

Hospital: Memorial
SAMU
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3333-0000
At. Clín. Geral

Página 2 de 3



MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	28/08/2020
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE/NEUROVASCULAR	BOAS. NEUROVASCULAR PRESERVADO
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR.
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(X) SES () DEMANDA
EXAMES COM O PACIENTE:	
() LABORATÓRIO	() RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS
CONDUTA NO INTERNAMENTO	
RX: () COXA () JOELHO () PERNA () TORNOZELO () ANTEBRAÇO (X) BRAÇO () PUNHO TALA: () COXOPODÁLICA () BOTA (X) PINÇA DE CONFEITEIRO (X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO; (X) PARECER CARDIOLÓGICO	

Hospital Memorial de São Paulo
SALA
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3360-2013
Rua Dr. Pompeu, 100 - Jd. Paulista - São Paulo - SP





Nº REGISTRÔ:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO			
13/8		Exame físico: sem alterações significativas. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular normal. Sem rales ou crepitações. Sinais de congestão pulmonar ausentes.			
Edineide M. da Silva CONEPTE 396.171 - 1986					

903-HGOF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DOS GOVERNOS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
473953700

NOME
 GISELE VALENCA DE MENEZES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / TP
 2574273 SSP PE

DT. NASCIMENTO
 30/10/1966

CPF
 639.245.034-91

RELACÃO
 SOLO DE MENEZES
 FILHO
 MIRIAM VALENCA DE
 MENEZES

PERMISSÃO ☐ **ACC** ☐ **CAC** ☐ **PRE** ☐

VALIDADE
 28/10/2016

VALIDAÇÃO
 12/11/1985

OBSERVAÇÕES
 essas observações

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 31/10/2011

SIGNATURA DO DETENTOR
 [Assinatura]

SIGNATURA DO EMISSOR
 [Assinatura]

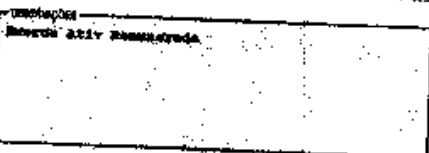
18542471131
28043470239

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PRESTIDIO PLASTIFICAR
473953700



1416619940
PENNACOM PLASTIFILAN



[Illegible text]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO

DETTRAN - PE Nº 01576/7B46310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM 1 1212380123 ANTRAC 2620

RICARDO CARLOS FERREIRA

MOBILIDADE

030 983 064-83

QYD2622

PLACA ANT / UF ***** 2620

QYD2622

PAIS / MOBILIDADE

COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

BRONDA/VERS 300 ABS

ANO DO VEICULO 2013

26/23101

COM PRÉCUISSÃO VERDE

1 IPVA 2020 CANCELADO

2013

2 IPVA 2020 CANCELADO

2013

3 IPVA 2020 CANCELADO

2013

4 IPVA 2020 CANCELADO

2013

5 IPVA 2020 CANCELADO

2013

6 IPVA 2020 CANCELADO

2013

7 IPVA 2020 CANCELADO

2013

8 IPVA 2020 CANCELADO

2013

9 IPVA 2020 CANCELADO

2013

10 IPVA 2020 CANCELADO

2013

11 IPVA 2020 CANCELADO

2013

12 IPVA 2020 CANCELADO

2013

PE Nº 01576/7B46310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENATA CARLOS FERREIRA 87 54808-000

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

SEGURO DPVAT - BILHETE DE SEGURO DPVAT

RENATA CARLOS FERREIRA 87 54808-000

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87

RENATA CARLOS FERREIRA 87



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338622/20

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF: 030.983.064-83

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2020

Titular do CPF: RICARDO CARLOS FERREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

RICARDO CARLOS FERREIRA : 030.983.064-83

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: 25/11/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Ricardo Carlos Ferreira
brasileiro (a), estado civil: Casado, profissão: Almoxarife,
RG nº 5261164 SSP/PE, CPF/MF nº 030.983.064-83, com
endereço residencial na Rua Luiz Ferraes, 87, Nossa
Sra Conceição, Muroto - PE. Cep 54800-000

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

Recife, 25 de Novembro de 2020.

Ricardo Carlos Ferreira
outorgante



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338622/20

Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF: 030.983.064-83

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 28/08/2020

Titular do CPF: RICARDO CARLOS FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

RICARDO CARLOS FERREIRA : 030.983.064-83

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: 25/11/2020
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200425839 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICARDO CARLOS FERREIRA **Data do acidente:** 28/08/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P3/ P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

