

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220037552

Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Data do Acidente: 18/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLEMERSON FERRAZ SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro	Apresentar o formulário "Declaração de Prevenção a Lavagem de Dinheiro", pois não foi entregue. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220037552

Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Data do Acidente: 18/12/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO

Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEMERSON FERRAZ SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000013337390-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



THALES CWB U1175236B3 0521

gold

Central de Relacionamento

Capitais e Regiões Metropolitanas: **3003 4070**

Demais Localidades: **0800 940 0007**

Exterior (aceita a cobrar): **+ 55 31 2112 7150**

Deficiente fala e audição: **0800 979 7099**

SAC 0800 940 9999

2306 5025 7163 3496

Agência

0001

Conta

13337390 8

Ex

Valid

06/28

cirrus





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIL:

3 - CPF do vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

6 - CPF: 724833864-23

OPERADOR MANTENÇÃO

8 - Endereço:

RUA MARIA HELENA

OLARIA/ANDARAÉ

12 - Cidade:

MORENO

13 - Estado:

PE

9 - Número:

245

10 - Complemento:

CASA

14 - CEP: 54600-000

TAC ASSA SORIA A@GMAIL.COM

16 - 3ª (DDD): 8798775 1606/9282507

DADOS CADASTRAIS

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 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANÇA (destinada para os bancos abaixo. Anule uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

00007

CONTA:

13337390

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

00007

CONTA:

13337390

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menor de idade representada.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 automotor, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) morto(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão da 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

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

AQ - Local e Data: MORENO, 07 de JULHO de 2022

CLEMERSON FERRAZ SILVA

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO - DP21ª CIRC DMS DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 20E0111001359

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/12/2020 às 08:21

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2020 às 16:38

Fato ocorrido no endereço: JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1, RUA VISCONDE DO RIO BRANCO - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 54100-270 - Ponto de Referência: PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ (OUTRO)
CLEMERSON FERRAZ SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): CLEMERSON FERRAZ SILVA

COMPRADO
13 JUL 2022

PROTOCOLO

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

CLEMERSON FERRAZ SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ Pai: CLAUDIO SOARES SILVA Data de Nascimento: 12/8/1996 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 92917532/SSR/PE (RG) - 12453306423 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares: 967791806

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 245, RUA MARIA HELENA - OLARIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AVENIDA BARÃO DE LUCENA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, HIPER SOMPREÇO

ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ, que estava em posse do(a) Sr(a): CLEMERSON FERRAZ SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/MONDIAIR 150 EROS 225 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

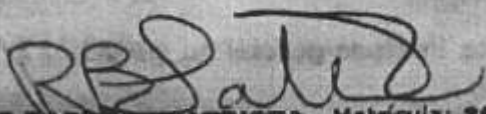
Placa: PEX5425 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renovar: 320002131 Chassi: SC2520541000100000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011

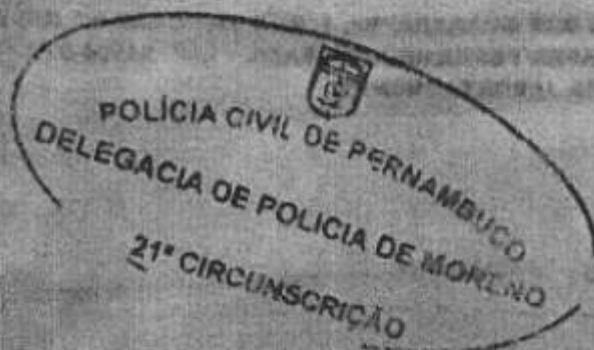
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O JOVEM CLEMERSON FERRAZ SILVA, COMUNICANDO QUE SEXTA-FEIRA 18/12/2020, POR VOLTADA DAS 18:38 HORAS, AO PASSAR NA AVENIDA VISCONDE DO RIO BRANCO PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE NA PB. 007, A MOTOCICLETA DESGOVERNOU-SE (DERRAPOU) O MESMO FOI AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA - MORENO - PE, PARA OS PRIMEIROS, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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


CLEMERSON FERRAZ SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: ROMERO BARBOSA PATRIOTA - Matrícula: 381028-3
(Liberado em 21/12/2020 às 08:37)



COMPR

13 JUL 2022

PROTOCOLO

THALES CWB U1175236B3 0521

gold

Central de Relacionamento

Capitais e Regiões Metropolitanas: **3003 4070**

Demais Localidades: **0800 940 0007**

Exterior (aceita a cobrar): **+ 55 31 2112 7150**

Deficiente fala e audição: **0800 979 7099**

SAC 0800 940 9999

2306 5025 7163 3496

Agência

0001

Conta

13337390 8

Ex

Valid

06/28

cirrus





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou AIL:

3 - CPF de vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2013

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - 3ª (DDD):

TAC ASSA SORIA A@GMAIL.COM

87987751606/9282507

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anule uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menor de idade representada.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 automotor, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido(a) nascido(a) morto(a)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão da 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

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

AQ - Local e Data: MORENO, 07 de JULHO de 2022

CLEMERSON FERRAZ SILVA

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/07/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8132655

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000013337390

Número da Autenticação

BA2B7FC32B9E9B4C

NEOENERGIA
 Rua Maria Helena 245
 CEP: 54600-000
 Fone: (51) 3035-9001-08 | Fax: (51) 3035-9003 | www.neoenergiamoreno.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ROSICLEIDE DE SOUSA FERAZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUAMARIA HELENA 245

CPF: 934.876.144-72 NIS: 10600382988

CLASSE DE SERVIÇO
 B1 RESIDENCIAL
 BANDA RESCUM COM NIS
 Cont. Mensal - Mês/Ano

DATA DE EMISSÃO
 16/05/2022

DATA DE VENCIMENTO
 07/06/2022

TOTAL A PAGAR
 143,87

DESCRIÇÃO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10288810	4,88
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,28178817	19,72
Consumo TUSD superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,38265225	30,61
Consumo TE até 30 kWh	30,0000000	0,14211084	4,26
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24361876	17,05
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	10,0000000	0,38542818	3,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,00
ICMS Subvenção - CDENR187333611-09/03/22			0,45
ICMS Subvenção Base Recita			0,84
Multa por atraso NF 22.981496 - 07/04/22			1,88
Juros por atraso NF 22.981496 - 07/04/22			0,45
Atualização IPCA NF 22.981496 - 07/04/22			0,40
TOTAL DA FATURA			143,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTACADO FISCAL									
Nº DE MEDIDOR	Tipo de Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE
47378172	7.43	09/05/2022	13.801,00	09/05/2022	14.084,36	23	1.0000		

DETALHAMENTO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DE PREÇOS		DETALHAMENTO DE VALORES	
Mês	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Valor do Consumo
Mai 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Jun 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Jul 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Aug 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Sep 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Out 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Nov 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Dez 22	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Jan 23	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Fev 23	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Mar 23	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Abr 23	100	100,00	10,00	10,00	110,00
Mai 23	100	100,00	10,00	10,00	110,00

NOTAS ADICIONAIS IMPORTANTES

De acordo com a Resolução 10.000/2022 do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE), a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10,00% a partir de 01/01/2023. O reajuste será aplicado sobre o valor da tarifa de energia elétrica, considerando o índice de inflação do setor elétrico (ISPE) e o índice de preços do consumidor (IPC).

Devido à complexidade da implementação do novo sistema de precificação de energia elétrica, a Neoenergia se compromete a manter a tarifa de energia elétrica congelada em 10,00% a partir de 01/01/2023, até que o novo sistema de precificação seja implementado.

Para mais informações, consulte o site www.neoenergiamoreno.com.br ou entre em contato com o Serviço ao Cliente.



TENSÃO DE ABASTECIMENTO				TENSÃO DE VIBRAÇÃO (V)	
Medidor	Medida	Medida	Medida	Medida	Medida
DIC	0,00	0,01	0,01	220	202
PEC	0,00	0,01	0,01		231
DEC	0,00	0,01	0,01		

TOTAL A PAGAR (R\$) 143,87

BANCO DO BRASIL S/A PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00008 03370493011 60562.922175 7 89870000014387

PAGADOR / CPF / CNPJ / ENDEREÇO
 ROSICLEIDE DE SOUSA FERAZ
 RUAMARIA HELENA 245
 54600-000 MORENO PE

54600-000 MORENO PE

Nº DO DOCUMENTO: 33704930160562822
 Nº DO CONTRATO: 552N13468
 DATA DE VENCIMENTO: 16/05/2022
 VALOR DO DOCUMENTO: 143,87

EMPRESA: COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO
 CNPJ: 10.835.932/0001-08
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902
 AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE: 3084-3/6374-8



NEOENERGIA
 Rua Maria Helena 245
 CEP: 54600-000
 Recife - PE

DADOS DO CLIENTE
 ROSICLEIDE DE SOUSA FERAZ

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MARIA HELENA 245

CPF: 934.876.144-72 NIS: 10600382988

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BANDA RENDIA COM NIS
 Cont. Mensal - Mês/Ano

DATA DE EMISSÃO
 16/05/2022

DATA DE VENCIMENTO
 07/06/2022

TOTAL A PAGAR
 143,87

DESCRIÇÃO DA FATURA	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10288810	4,88
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,28178817	19,72
Consumo TUSD superior a 100 até 220 kWh	80,0000000	0,38265225	30,61
Consumo TE até 30 kWh	30,0000000	0,14211084	4,26
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,24361876	17,05
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	10,0000000	0,38542818	3,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			27,00
ICMS Subvenção - CDENR187333611-09/03/22			0,45
ICMS Subvenção Base Recita			6,84
Multa por atraso NF 22.981496 - 07/04/22			1,88
Juros por atraso NF 22.981496 - 07/04/22			0,45
Atualização IPCA NF 22.981496 - 07/04/22			0,40
TOTAL DA FATURA			143,87

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTACADO FISCAL									
Nº DE MEDIDOR	Tipo de Função	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE
47378712	7.43	09/04/2022	13.801,00	09/05/2022	14.084,36	23	1.0000		

DETALHAMENTO DE CONSUMO		DETALHAMENTO DE PREÇOS		DETALHAMENTO DE VALORES	
NOV 22	10	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	Transmissível
		11,81	10,00	11,81	4,41%
					0,521922
					0,1788088
					0,000000

NOTAS ADICIONAIS IMPORTANTES

De acordo com a Resolução nº 10.835/2022 do Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE), a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10,83% a partir de 1º de janeiro de 2023. O reajuste será aplicado sobre a tarifa vigente em 31 de dezembro de 2022.

PROTOCOLO
RECÍPITO

10 JUL 2022

TENSÃO NOMINAL (V)				UNIDADE DE MEDIÇÃO (A)	
TIPO	VALOR	UNIDADE	VALOR	TIPO	VALOR
DC	0,00	1,00	12,18	220	202
AC	0,00	1,00	13,76		231
DMC	0,00	1,00	0,00		

BANCO DO BRASIL S/A

PAGAVEL EM QUALQUER REDE BANCÁRIA

00190.00008 03370493011 60562.922175 7 89870000014397

PAGADOR / CPF / CNPJ / ENDEREÇO
 ROSICLEIDE DE SOUSA FERAZ
 RUA MARIA HELENA 245
 54600-000 MORENO PE

934.876.144-72

NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO	CÓDIGO CONTRATO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO DOCUMENTO
33704930160562822	552N13468	7023440355	16/05/2022	143,87

EMISSOR
 COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902

AGÊNCIA/CÓDIGO CEDENTE
 3084-3/6374-8

CNPJ 10.835.933/0001-08

Tarifa Social de Energia Elétrica: criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NEOENERGIA
PERNAMBUCO

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.neoenergiapernambuco.com.br

DADOS DO CLIENTE

THIAGO ANTUNES CAMPELO

CPF 035.356.674-88

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA OSCAR BRANDAO 74 CS- B

TORROES/RECIFE
RECIFE PE
50640-470

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	ÚNICA	18/07/2022
218104515		
DATA DE EMISSÃO	NÚMERO DE FOLHA	VALOR
18/07/2022	2014875743	8240287

7022029422	07/2022
28/07/2022	18/08/2022
23,01	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	30,0000000	0,41820577	12,57
Consumo Ativo(kWh)-TE	30,0000000	0,34813808	10,44
TOTAL DA FATURA			23,01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3163585829	CAT	17/08/2022	4,00	18/07/2022	4,00	32	1,00000		0,00

DATA	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO DEPOSITO
JUL 22	30			
AGO 22	30			
SET 22	30			
OCT 22	30			
NOV 22	30			
DEZ 22	30			



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LANCAGEM DE DINHEIRO Pessoa Física - Circular SUSP 495/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre habilitações e pedidos, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h)

Telefone e aplicativo WhatsApp: 0800 000 12 04 / 0800 000 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h) | SAC para pessoas com deficiência: 0800 000 12 04 | Central de Atendimento: 0800 000 12 04

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta Declaração é parte integrante do processo de habilitação do devedor, conforme estabelece a Circular SUSP 495/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www.suspensoes.com.br/guia-de-habilitacao>

A Circular SUSP 495/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores são obrigados a consultar o sistema das pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esta consulta deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o perfil e o tipo de renda mensal, além da comprovação documental complementar.

A recusa em fornecer as informações do perfil e renda, ou não habilitação, não impede o pagamento da indenização do Seguro SFVW, contudo, por determinação do referido Circular, este caso é tratado de acordo com o CDP.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos seguros de vida, previdência privada aberta, capitalização e seguros. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão responsável pela monitoração do sistema de prevenção da fraude, com foco principal em lavagem de dinheiro, porém também abrangendo outros tipos de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Thiago Antunes Campelo

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 035356674, 88, na qualidade de Promotor (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LEMERSON FERRAZ SILVA, Inscrição (a) no CPF sob o nº 72483864, 23

do sistema do SFVW encontra-se INVALIDA de nome LEMERSON FERRAZ SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 72483864, 23, mediante declaração do Circular SUSP 495/12:

Declaro Fielmente: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Nenhum Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e sob pena de punição prevista no Regulamento LIDER-SFVW, emitir no endereço acima, assinado e cópia do comprovante de entrega do endereço informado. Deixo claro de que a validade do presente documento impede a qualquer penalidade prevista no art. 150 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua 0207 Blandino</u>	Nº: <u>74</u>	Complemento: <u>Caro</u>
Bairro: <u>Torre</u>	Cidade: <u>Recife</u>	CEP: <u>50640470</u>
E-mail: <u>TACASSESSORIA@GMAIL.COM</u>	Telefone: <u>87992842507</u>	

Local e Data: Moreno, 07 de julho de 2022

Thiago Antunes Campelo
Assinatura do Declarante

OM-REV

49 JUL 2022

PROTOCOLO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 612/2020

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 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 612/2020, disponível no endereço eletrônico:

<https://www.in.gov.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275499238>

A Circular SUSEP nº 612/2020, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu THIAGO ANTUNES CAMPELO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.386.674, 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
CLEMERSON FERRAZ SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.833.864, 23
do sinistro de DPVAT cobertura IMMUNIZADA da Vítima CLEMERSON FERRAZ SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 124.833.864, 23, conforme determinação da Circular SUSEP 612/2020:
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 Lider, 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 OSCAR BRANDÃO</u>	Número:	<u>74</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>TORRÕES</u>	Cidade:	<u>RECIFE</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>TACASSESSORIA@GMAIL.COM</u>			CEP:	<u>50640470</u>
				Tel. (DDD):	<u>81992842507</u>

Local e Data:

Recife, 19 de julho de 2022

Thiago Antunes Campelo
Assinatura do Declarante

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 15/01/2021 08:30

Atendimento: 358493 Entrada: 15/01/2021 Hora: 07:53
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Recepcionista: ROSALIA FABIANA OLIVEIRA
Matrícula:
Identidade: 898003498527217
C.N.S.:

Paciente: 32118 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 (24 Anos e 4 Meses)
Endereço: TRAVESSA TABELIÃO FRANCISCO PEIXOTO
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: CLAUDIO SOARES SILVA
Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 12483388423
Identidade: 9291752 - SDS - PE
Telefone: 35351749 /
G.Instrução:
Ocupação: OPERADOR DE LOJAS
Naturalidade: MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/12/2020 - 18.26

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: refere dor em punhos + perna direita pos acidente de moto ha 30 min , nega vomito + perda de consciencia

Exame físico: egr, consciente sme deambulando dor + edema dos punhos

Hipótese diagnóstica: fratura de escafoide esquerdo + punho direito + politraumatismo

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	tala gessada antio palmar para escafoide bilateral	
02 -	profenid 1 amp im gluteo	
03 -		
04 -		

Reavaliação: encaminhado ao hpvda ao serviço de cirurgia de mão

Materiais Utilizados: (Enfermagem/mobilização)

COMANDA:

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM-9756

COMPREV
13 JUL 2022
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

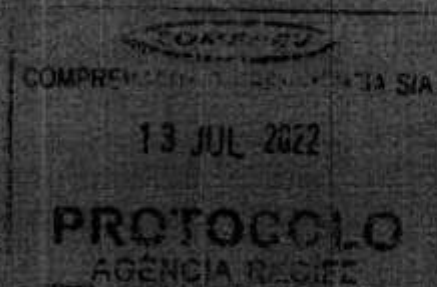
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ, TENDO SIDO TRATADO CIRURGICAMENTE COM PARAFUSO INTRA ARTICULAR. EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

CID: S62

RECIFE 19/01/2021

Dr. Victor Macedo
Cirurgião da Mão
TEO. 740
CRM-1 20366

DR. VICTOR MACEDO
CRM: 20366



NOME: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O SUPRA CITADO TEM HISTORIA DE TRATAMENTO CIRURGICO PARA ESCAFOIDE ESQ DIA 27/12/21 APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO. ATUALMENTA APRESENTA DEFICIT DE ADM E DOR LEVE A MOVIMENTAÇÃO. EM ACOMPANHAMENTO MEDICO E FISIOTERAPICO. SEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATIVIDADES LABORAIS COM O MEMBRO OPERADO

CID 10: S82

Dr. Victor Macedo
Cirurgião da Mão
TEOT 15740
CRM-PE 20386

VICTOR MACEDO
CIRURGIA DA MÃO
CRM-PE: 20386
TEOT: 15740

Recife, 30 de março de 2021



PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO TEM HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE DIA 18/12/20, TENDO SIDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NO DIA 27/12/20. EVOLUI BEM NO POS-OPERATORIO E MANTEM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E TRATAMENTO FISIOTERAPICO E DEVE SE MANTER AFASTADO DE ATIVIDADES LABORAIS POR MAIS 30 DIAS

CID: S62

RECIFE 01/02/2021

Dr. Victor Macêdo
Cirurgião de Mão
TEOT 18740
CRM-PE 20366

DR. VICTOR MACEDO
CRM: 20366



PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ HA 17 DIAS (18/12/2020) COM TRATAMENTO CIRURGICO HA 07 DIAS (27/12/2020) EVOLUINDO BEM NO POS OPERATORIO. PACIENTE DEVE SE AFASTAR DE ATIVIDADES LABORAIS ATE ORDENS MEDICAS

CID: S62

RECIFE 05/01/2021

Dr. Victor Macedo
Cirurgia da Mão
TEOT 15740
CRM-PE 20366

DR. VICTOR MACEDO
CRM 20366



PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAFOIDE ESQ HA 17 DIAS (18/12/2020) COM TRATAMENTO CIRURGICO HA 07 DIAS (27/12/2020) EVOLUINDO BEM NO POS OPERATORIO. PACIENTE DEVE SE AFASTAR DE ATIVIDADES LABORAIS ATE ORDENS MEDICAS

CID: S62

RECIFE 05/01/2021

Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
TEOT 15740
CRM-PE 20366

DR. VÍCTOR MACEDO
CRM: 20366

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES
Empresa... 1368427 HOSP ILHA DO LEITE
Setor... 100590 TOMOGRAFIA - HIL
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13710190

Data do Pedido: 01/05/21 Prev Entrega: 06/06/2021

Data / Hora: 01/05/21 12:53:08

Senha da Internet:
R21797714

Atendimento: 22036470 Data: 01/05/2021
Paciente: 10778327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986674833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000

Operador: BARACHO
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Queixa Principal:

Convenio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Dt confirmação	Qt	Vi	Unil	Vi Total
--------------------	------	--------------------	-------	----------------	----	----	------	----------

34010025 TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC					1	0.00	0.00	
	999999371	RENATA DE OLIVEIRA S	J23090040					

!9&ci. "

2203647011

Quantidade Total de Exames Solicita	1	Valor TI de Exames Solicitados:	0.00
-------------------------------------	---	---------------------------------	------

Telefone:

Observacoes:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1411268 HAPC BR ITAMARACA
Setor: 613550 RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13536301

Data do Pedido: 30/03/21 Prev Entrega: 02/04/2021

Data / Hora: 30/03/21 10:04:45

Senha da Internet:

R21628233

Atendimento: 21855558 Data: 30/03/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 988674833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Quarta Principal:

Operador: JLANY
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	DI confirmação	Qt	Vi Unit	Vi Total
32030118 RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - AMBOS OS LAUDOS							
	93455240	VICTOR MACEDO	J18776145		1	0.00	0.00

!8x]]."

2185555511

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicitados	1	Valor TI de Exames Solicitados:	0.00
--	---	---------------------------------	------

Telefone:

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 06HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1368427 HOSP ILHA DO LEITE
Setor: 100550 RAJO X - HIL
Endereço: 50.070-430

CLEMERSON FERRAZ SILVA
Pedido: 15128327

Data do Pedido: 14/01/22 Prev Entrega: 19/01/2022
Data / Hora: 14/01/22 13:55:10

Senha de Internet:
R23211385

Atendimento: 23660977 Data: 14/01/2022
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1990 Telefone: 986574833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Quebra Principal:

Operador: MARILEIA
Idade: 25 ano(s) Sexo: M

Convenio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Dt confirmação	Qt	VI Unit	VI Total
40803112 PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO					1	0.00	0.00
107911857 FABILSON ANDRE CAVA			K02899759				

!e,p."
2366097711

Quantidade Total de Exames Solicitados: 1 Valor TI de Exames Solicitados: 0.00

Telefone

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 15HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE



CIENTES
IG SETUBAL
WI BOA VIAGEM

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido 14446637

Data do Pedido 09/09/21 Prev Entrega 14/09/2021

Data / Hora 09/09/21 14:01:07

Senha de Internet
R32632206

ULTRA SOM SER

Paciente

22850263

Data 09/09/2021

Operador CLARINDO

Idade 25 ano(s)

Sexo M

Paciente 10776327

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento 19/08/1996

Telefone 988674833

Endereço R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP 54.800-000

Queixa Principal FRATURA NO PUNHO ESQUERDO

Convenio HAPVIDA

Paciente EXTERNO

No. Carteira 53282000237000014

Motivo ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Dt confirmação	Qt	VI Unit	VI Total
32030118 RX PUNHO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO							
	101696207	FABILSON ANDRE CAVI	J50949270		1	0.00	0.00

!9x%b."

2285026311

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicitados 1 Valor TI de Exames Solicitados 0.00

Telefone 8121382984

Observações:

ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMES EM 01 DIA ÚTIL ATRAVÉS DO SITE WWW.HAPVIDA.COM.BR OU DE SEGUNDA A QUINTA DAS 08HS AS 17HS E SEXTA DAS 08HS AS 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

RT020R 1.27

№ 4 6472213

apvida

... de diagnóstico e terapia - SP-SADT

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO DOMESTICO

2015 10000 145000

1914

1915

1916

1917

1918

1919

1920

1921

1922

1923

1924

1925

1926

1927

1928

1929

1930

1931

1932

1933

1934

1935

1936

1937

1938

1939

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

2138

2139

2140

2141

2142

2143

2144

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

2152

2153

2154

2155

2156

2157

2158

2159

2160

2161

2162

2163

2164

2165

2166

2167

2168

2169

2170

2171

2172

2173

2174

2175

2176

2177

2178

2179

2180

2181

2182

2183

2184

2185

2186

2187

2188

2189

2190

2191

2192

2193

2194

2195

2196

2197

2198

2199

2200

2201

2202

2203

2204

2205

2206

2207

2208

2209

2210

2211

2212

2213

2214

2215

2216

2217

2218

2219

2220

2221

2222

2223

2224

2225

2226

2227

2228

2229

2230

2231

2232

2233

2234

2235

2236

2237

2238

2239

2240

2241

2242

2243

2244

2245

2246

2247

2248

2249

2250

2251

2252

2253

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

2261

2262

2263

2264

2265

2266

2267

2268

2269

2270

2271

2272

2273

2274

2275

2276

2277

2278

2279

2280

2281

2282

2283

2284

2285

2286

2287

2288

2289

2290

2291

2292

2293

2294

2295

2296

2297

2298

2299

2300

2301

2302

2303

2304

2305

2306

2307

2308

2309

2310

2311

2312

2313

2314

2315

2316

2317

2318

2319

2320

2321

2322

2323

2324

2325

2326

2327

2328

2329

2330

2331

2332

2333

2334

2335

2336

2337

2338

2339

2340

2341

2342

2343

2344

2345

2346

2347

2348

2349

2350

2351

2352

2353

2354

2355

2356

2357

2358

2359

2360

2361

2362

2363

2364

2365

2366

2367

2368

Dr. Victor Macedo
Colégio de São
TEOT 15740
CRM 20355

4013
29888
20578 5790

ACORDO O PRESTADOR A RESPONSABILIDADE
A GARANTIA DO INVESTIMENTO DO LUCRO
E AUMENTO DO PREÇO DE VENDA DO



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

24/08/2021 12:20

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Naso.: 19/08/1998

Atendimento: 22747818

Prontuário: 10776327

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300542/4

Profissional(is): FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA - MEDICO CRM 20713 (1)

Nº: 23008842 24/08/2021 às 12:19

DIAGNÓSTICO

CID10

S633 RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO

[1]

Orientações Diversas

MANTER TALA ATE RETORNO AO MEDICO ASSISTENTE
MOBILIZAR OS DEDOS CONFORME ORIENTAÇÃO DO MEDICO ASSISTENTE
FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
RETORNO AO AMBULATORIO DR FABILSON CAVALCANTE EM 01/09/21 (NECESSARIO AGENDAR PREVIAMENTE OU DATA MAIS PROXIMA)
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgia de Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TEOT 15684



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

270

ULTRA SOM SERV MED LTDA - ME

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Nas.: 19/08/1996

Atendimento: 21300891

Procedimento: 1077

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LANDAR - ME

Letra: III P-2

Profissional(is): VICTOR SANTIAGO SAKEDOL MEDICO CRM 20368 (1)

Nº: 1994-0553 27/12/2020 às 10:0

DIAGNÓSTICOS

CM10

3520 FRATURA DO OSSO NAVICULAR (ESCAFOIDE) DA MÃO

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intervenções

EVOLUI BEM NO POS-OP E RECEBEU ALTA COM INDICAÇÃO DE
MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Curado

Sim

Dr. Victor Macedo
Especialista em Mão
TEOT 15740
CRM-PE 20368

Associação da Mulheres / Associação das Mulheres

PROTÓCOLO DE ATENDIMENTO

Nº 3682532020 12.22554386

Nº 3682532020

hapvida



Para saber retorno do seu pedido médico comparecer
presencial no prazo 10 DIAS ÚTEIS ou através
do 0800.280.9130 e seu E-MAIL

DATA: 22/12/2020

CITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 1140131

DADOS DA AUTORIZAÇÃO	
7 - DATA VALIDADE DA SOLICITAÇÃO	8 - DATA DE EMISSÃO DA SOLICITAÇÃO

DADOS DO BENEFICIÁRIO	
9 - PLANO	10 - NOME DO BENEFICIÁRIO
11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	
12 - NOME DO CONTRATADO	13 - CÓDIGO CNES
14 - CÓDIGO NA OPERAÇÃO / CNES / CNP	15 - CÓDIGO CNES

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
16 - NOME DO PRESTADOR	17 - NOME DO CONTRATO
18 - CÓDIGO NA OPERAÇÃO / CNES / CNP	19 - CÓDIGO CNES

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
20 - NOME DO CONTRATO	21 - NOME DO CONTRATO
22 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
24 - REGIME DE INTERNAÇÃO	25 - REGIME DE INTERNAÇÃO
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA	27 - QTD DE DIAS DE INTERNAÇÃO

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
28 - TIPO DE DOENÇA	29 - TIPO DE DOENÇA
30 - TIPO DE DOENÇA	31 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
32 - TIPO DE DOENÇA	33 - TIPO DE DOENÇA
34 - TIPO DE DOENÇA	35 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
36 - TIPO DE DOENÇA	37 - TIPO DE DOENÇA
38 - TIPO DE DOENÇA	39 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
40 - TIPO DE DOENÇA	41 - TIPO DE DOENÇA
42 - TIPO DE DOENÇA	43 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
44 - TIPO DE DOENÇA	45 - TIPO DE DOENÇA
46 - TIPO DE DOENÇA	47 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
48 - TIPO DE DOENÇA	49 - TIPO DE DOENÇA
50 - TIPO DE DOENÇA	51 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
52 - TIPO DE DOENÇA	53 - TIPO DE DOENÇA
54 - TIPO DE DOENÇA	55 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
56 - TIPO DE DOENÇA	57 - TIPO DE DOENÇA
58 - TIPO DE DOENÇA	59 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
60 - TIPO DE DOENÇA	61 - TIPO DE DOENÇA
62 - TIPO DE DOENÇA	63 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
64 - TIPO DE DOENÇA	65 - TIPO DE DOENÇA
66 - TIPO DE DOENÇA	67 - TIPO DE DOENÇA

DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO	
68 - TIPO DE DOENÇA	69 - TIPO DE DOENÇA
70 - TIPO DE DOENÇA	71 - TIPO DE DOENÇA

Atenção: Motociclista há 04 anos em situação de risco
A RSO com tomografia de Prostatectomia

PERÍODO DE RESERVA

Fó 4

02

012

Dr. Victor Macedo
Coordenador de Saúde
CRM nº 15740
CBO 35110010

NOME: CLEMERSON FERRAZ SILVA

RECEITUÁRIO MÉDICO

USO EXTERNO

1) PERMESE ou DIPROSPAN _____ 1 UND.

Aplicar IntraMuscular em região glútea profunda
Dose única

Recife, 30 de março de 2021

Dr. Victor Macedo
Cirurgia de Mão
TEOT 15740
CRM-PE 20366

Dr. Victor Macedo
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA
CRM 20366 / SBOT 15740



HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1
Data 04/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

NºPedido: 13055563

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) TRANSCIRIAO RECIFE P

Exame:

RX PUNHO: A.P - LAT - OBLIQUAS - BILATERAL

Dt Realização: 04/01/21 08:46
Dt Liberação: 05/01/21 11:03

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo.
- Correlacionar com exames anteriores.

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12081-PE

**hapvida**

Diagnóstico

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1

Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

NºPedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

Dt Realização:

Dt Liberação:

TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC

18/12/20 21:30

18/12/20 23:10

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS PUNHOS

MÉTODO:

Estudo realizado com tomógrafo multislice, sem a administração do meio de contraste venoso, com aquisição de imagens axiais, as quais foram pós processadas em reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência.

Fratura transversa completa no colo do escafóide esquerdo, sem desalinhamento significativo, exibindo diástase de fragmentos de até 1,6 mm.

Fratura oblíqua completa no aspecto posterior/dorsal do piramidal direito, sem diástase significativa entre fragmentos.

Fratura cominutiva no aspecto anterior/ventral do pisiforme direito, com diástase de até 2,0 mm entre fragmentos.

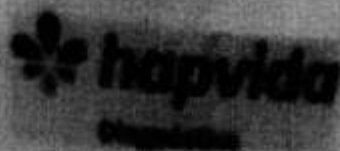
Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Fendas articulares preservadas.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e gordurosos sem alterações expressivas ao método.

MURILO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF



HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1
Data 11/01/2021

Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA Nascimento: 1998/10/05 Sexo: M
Nº Pedido: 13064509 RG: 9291752 SSP PE CPF: 13483306423
Convênio: HAPVIDA Matrícula: 0020300237000014
Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Exame: RX PUNHO: AP - LAT - OBLIQUAS - BILATERAL
De Realização: 11/01/21 08:55 De Liberação: 11/01/21 10:00

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo
- Correlacionar com exames anteriores

ADRIANA SAURALHO FERRAZ FRANCO - CRM 13261 PE

**hapvida**

Diagnóstico

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA - HIL

Pag 1 de 1

Data 01/05/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13710190

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Convênio: HAPVIDA

CPF.: 12483386423

Solicitante Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Matricula.: 53252000237000014

Exame:

TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC

Dt Realização: 01/05/21 12:52

Dt Liberação: 05/05/21 14:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

INDICAÇÃO DO EXAME:

Controle evolutivo

TÉCNICA DO EXAME:

Realizadas aquisições volumétricas, em aparelho de multidetecores, com posteriores reformatações multiplanares e tridimensionais, sem a utilização da fase venosa contrastada de acordo com a solicitação clínica

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Parafuso metálico no eixo longitudinal do escafoide sem evidências inequívocas de fraturas.
Alargamento do espaço entre o escafoide e o osso semilunar sugerindo lesão ligamentar.
Estruturas ósseas, sem evidências de osteonecrose ou lesões com características agressivas. Também não há evidências de fraturas.
Planosmiotendíneos e adiposos sem alterações tomográficas.
Não há evidências de derrame articular pelo método.

Exame documentado em CD.

ADRIANO LEITAO ROCHA DE SA - CRM 16089-PE

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

NºPedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

TC DAS ARTICULACOES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC

Dt Realização: 18/12/20 21:30 Dt Liberação: 18/12/20 23:10

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS PUNHOS

MÉTODO:

Estudo realizado com tomógrafo multislice, sem a administração do meio de contraste venoso, com aquisição de imagens axiais, as quais foram pós processadas em reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência.

Fratura transversa completa no colo do escafóide esquerdo, sem desalinhamento significativo, exibindo diástase de fragmentos de até 1,6 mm.

Fratura oblíqua completa no aspecto posterior/dorsal do piramidal direito, sem diástase significativa entre fragmentos.

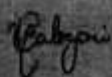
Fratura cominutiva no aspecto anterior/ventral do pisiforme direito, com diástase de até 2,0 mm entre fragmentos.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Fendas articulares preservadas.

Ausência de derrame articular significativo.

Planos musculares e gordurosos sem alterações expressivas ao método.



MURILO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF

Paciente...: 10776327 CLEMERTON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13544456

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula... 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Exame:

Dt Realização: Dt Liberação:

US ARTICULACAO

31/03/21 14:14 31/03/21 15:09

ULTRASSONOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

O estudo ecolomográfico utilizando-se transdutor linear de 7.5 MHz em estudo dinâmico, revela:

Tendões que compõem o IV compartimento extensor encontra-se espessado e envolto por pequena quantidade de líquido. Demais tendões dos músculos extensores do carpo e dos quirodáctilos com espessura habitual e padrão fibrilar preservado, sem sinais de ruptura ou calcificação na sua intimidade.

O compartimento de De Quervain apresentando os tendões do músculo abdutor longo e extensor curto do polegar com espessura e ecogenicidade habituais.

Tendões dos músculos flexores digitais com padrão fibrilar preservado, sem sinais de abaulamento do túnel do carpo, sendo demonstrado nervo mediano com ecogenicidade habitual e área de secção transversa dentro dos limites da normalidade.

Não observada formação cística de partes moles nesta topografia.

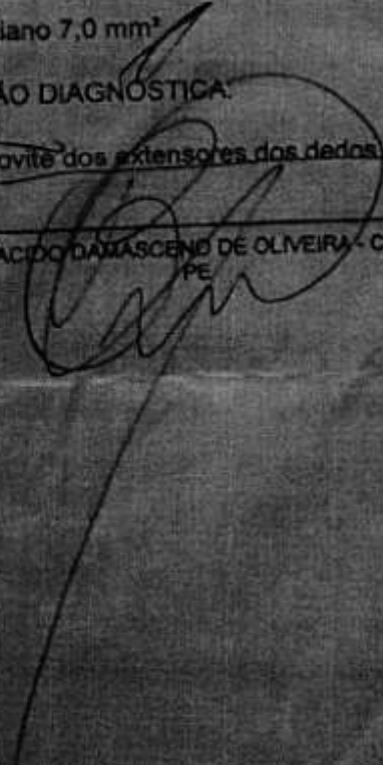
Observa-se espessamento sinovial intracarpal.

Nervo mediano 7,0 mm²

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinovite
- Tenossinovite dos extensores dos dedos e próprio do indicador

BRUNO PLACIDO DAMASCENO DE OLIVEIRA - CRM 20239-
PE





ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE
R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO
52020-002 RECIFE - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 23:31, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 18/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Recife, 18-12-2020
Local e Data

Assinatura do Médico

ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

CRM 11711

Alexandre Savio Avelino de Souza

Alexandre Savio A de Souza
Traumato - Ortopedia
CRM/PE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado US _____

Código de Autenticação : BMFXS20Q083T3

Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:28:46

Clínica do
Espinhoiro
Fam. Espinhoiro
Ortopedia e Cirurgia

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE
R DO ESPINHEIRO, 222 - ESPINHEIRO
52020-002 RECIFE - PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 15:34, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 27/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

5620

Código da Doença

Local e Data
Dr. Victor Macedo
Cirurgia de Mão
TEOT 16740
Assinatura do Médico

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação: BU1PB20Q0U6T3

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 12:20, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 30 (TRINTA) dia(s), a partir de 24/08/2021, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S633

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA

CRM 20713

Aceito a Colocação do CID, Assinado us

Código de Autenticação : BCUMY81Q0V1T3

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TE02 15684

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 23:31, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 18/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Recife 18-12-2020
Local e Data

Assinatura do Médico

ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA

CRM 11711

Alexandre Savio A. de Souza

Alexandre Savio A. de Souza
Traumatologia - Ortopedia
CRM/PE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFXS200083T3

Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:26:46



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:08 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 05/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico
Dr. Victor Macedo
Clínica da Mão
TECI 15740
CRM-PE 20366

VSMACEDO
Assinatura: BIOXKPT11QUBKO

05/01/2021 10:23

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 15:34, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 15 (QUINZE) dia(s), a partir de 27/12/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S620

Código da Doença

Local e Data
Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
TEOT 15740
Assinatura Médica

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Assinatura e Colocação do CID. Assinado: us

Código de Autenticação: SUSPS2000UET3



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:58 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 19/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do

Dr. Vitor Macêdo
Cirurgião Geral
TEOT 15740
CRM-PE 20386

YSMACEDO

Autenticação: BGILTI1Q0URX0

19/01/2021

11:08



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 08:34 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 30 (TRINTA) dias, a partir de 22/12/2020, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Victor Macedo
Assinatura do Médico
Cirurgia de Mão
TEOT 16740
CRM-PE 20386

VSMACEDO

Autenticação: BC3TW20Q0UBK0

22/12/2020 08:34



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERTON FERRAZ SILVA às 10:58 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 19/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

Dr. Vitorino Macedo
CRM 15120
Cirurgia 20200



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 08:34 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 30 (TRINTA) dias, a partir de 22/12/2020, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Dr. Victor Macedo
Assinatura
Cirurgião de Mão
TEOT 16740
CRM-PE 20386

VSMACEDO
Autenticação: BCXTW20Q0UMK0

22/12/2020 08:49



ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) CLEMERSON FERRAZ SILVA às 10:08 hs, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho por 15 (QUINZE) dias, a partir de 05/01/2021, tendo como causa do atendimento

S62

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico
Dr. Victor Macedo
Cláudia de Mello
TEOT-15740
CRM-PE 20366

VSMACEDO
Autenticação: BKXKF11Q0U8K0

05/01/2021 10:23

NOME: CLEMERSON FERRAZ SILVA

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE INSTABILIDADE CARPICA EM PUNHO ESQUERDO NO DIA 24/08/2021. IRÁ MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DEVENDO SE MANTER AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR UM PERIODO MINIMO DE 60 (SESENTA) DIAS

CID 10 S633

Recife, 3 de setembro de 2021

Dr. Fabilson Cavalcante
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

CRM 20713 / SBOT 15684

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM PE 20713 TEOT 15684

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
2072403420

THIAGO ANTUNES CAMPELO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5430129 SSP PE

CPF
035.356.674-88

DATA NASCIMENTO
03/06/1981

FILIAÇÃO
JOSE ANTUNES CAMPELO F
ILHO
SEVERINA JOSEFA DA SIL
VA CAMPELO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
00894691738

VALIDADE
18/08/2025

1ª HABILITAÇÃO
22/10/1999

OBSERVAÇÕES
RAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
21/08/2020

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

13 JUL 2022

PROTOCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



COMPRESSÃO DA SIA

13 JUL 2021

PROTOCOLO

CLEMERSON FERRAZ SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SHOT ON MI A2

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.291.752

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/05/2015

NOME

<< CLEMERSON FERRAZ SILVA >>

FILIAÇÃO

<< CLAUDIO SOARES SILVA >>

<< ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ >>

NATURALIDADE

MORENO - PE

DATA DE NASCIMENTO

19/08/1996

DOC. ORIGEM

<< CN.30984 L.A85 F.31 CART.MORENO-

PE 21.10.1996 >>

CPF

124.833.864-23

Clemerson

Assinatura do Diretor

COMPROVANTE DE REGISTRO

13 JUL 2022

PROTOCOLO

Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220037552 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMERTON FERRAZ SILVA **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO;
FRATURA COMINUTIVA DO PISIFORME ESQUERDO;
FRATURA DO PIRAMIDAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE DO ESCAFOIDE,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 15 18 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3220037552 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA **Data do acidente:** 18/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFOIDE ESQUERDO;
FRATURA COMINUTIVA DO PISIFORME ESQUERDO;
FRATURA DO PIRAMIDAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍNTESE DO ESCAFOIDE,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 15 18 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Procuração

Outorgante(s):

Nome: CLEMERSON FERRAZ SILVA

R.G.: 9291752 C.P.F.: 12493386423

Endereço: RUA MARIA HELENA Nº 245, OLARIA/MORENO

CEP: 54800-000 Cidade/UF: MORENO/PE

Outorgado(s):

Nome: Thiago Martins Campos

R.G.: 5430129 C.P.F.: 035356674-88

Endereço: Rua Orel Brindão nº 74, SERRÊS

CEP: 50640470 Cidade/UF: Recife/PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, HOSPITAIS, UPAS, SAMU E CORPO DE BOMBEIROS DE QUALQUER ESTADO, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

CLEMERSON FERRAZ SILVA ocorrido na data
em 28/12/2020

Local: MORENO

Data: 07/07/2022

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020683/22

Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA

CPF: 124.833.864-23

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/12/2020

Titular do CPF: CLEMERSON FERRAZ SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THIAGO ANTUNES CAMPELO : 035.356.674-88

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

CLEMERSON FERRAZ SILVA : 124.833.864-23

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: 13/07/2022
Nome: THIAGO ANTUNES CAMPELO
CPF: 035.356.674-88

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2022
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020683/22

Número do Sinistro: 3220037552

Vítima: CLEMERSON FERRAZ SILVA

CPF: 124.833.864-23

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEMERSON FERRAZ SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

THIAGO ANTUNES CAMPELO : 035.356.674-88

Comprovante de residência

Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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: 21/07/2022
Nome: THIAGO ANTUNES CAMPELO
CPF: 035.356.674-88

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2022
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva