



Número: **0027967-80.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/03/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEMERSON FERRAZ SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133762941	23/05/2023 09:13	2883419_CONTESTACAO_03	Ações processuaisDocumento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 32ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE - SEÇÃO B

PROCESSO: 00279678020238172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEMERSON FERRAZ SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/12/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/12/2020**.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irreatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência e capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, conseqüentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização



da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca da forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**



Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de maio de 2023.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **OAB/PE 30225** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CLEMERSON FERRAZ SILVA**, em curso perante a **32ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00279678020238172001.

Rio de Janeiro, 10 de maio de 2023.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

123456

¹ Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁴"PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**"(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



⁶art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/05/2023 09:13:33
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052309133224600000130665255>
Número do documento: 23052309133224600000130665255



Número: **0027967-80.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/03/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEMERSON FERRAZ SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133762943	23/05/2023 09:13	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 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

Carta nº 17216288





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, 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**

Extensor (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

Validade

Valid

06/28

cirrus



Atendimento Global Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF do segurado

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPARATIVAS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

TAC ASSASSORIA@GMAIL.COM

81487751606/9282507

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 DO CONTRATO:



RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito no selo)

(Informar o dígito no selo)

(Informar o dígito no selo)

(Informar o dígito no selo)

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

Na qualidade de representante legal, autorizo e coto 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gostou ou não da vítima:

26 - Vítima deixou acompanhante(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou herdeiro(a)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

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 aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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 - DP21-CIRC DINT-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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: PRÓXIMO A CHURASCARIA JABOATÃOENSE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

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

COMPEN

13 JUL 2022

PROTOCOLO

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

CLEMERSON FERRAZ SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ Pw: CLAUDIO SOARES SILVA Data de Nascimento: 12/01/1996 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 9281723/SSPPE (RG) - 12483308-423 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefone Celular: 957781808

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 348, RUA MARIA HELENA - OLARIA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL.
Endereço Comercial: BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AVENIDA BARÃO DE LUCENA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, HIPER SOMPRECO

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/HONDA/NEX 160 EMBOS 2005 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Place: PERNAMBUCO (NÃO INFORMADO) Roteiro: 333003121 Chassi: 90KCB004000100000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011



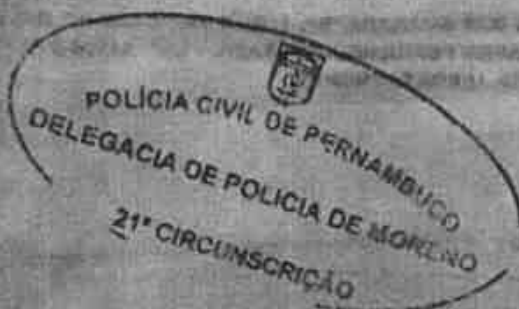
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O JOVEM CLEMERSON FERRAZ SILVA, COMUNICANDO QUE SEXTA-FEIRA 18/12/2020, POR VOLTADA DAS 16:38 HORAS, AO PASSAR NA AVENIDA VISCONDE DO RIO BRANCO PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE NA PS. 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)



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

Validade

Valid

06/28

cirrus



Assinatura Cirrus Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

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 DO CONTRATO



RECLUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

8

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

Na qualidade de representante legal, autorizo e coto 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 AUTÊNCIA 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Estado de saúde com a vítima:

26 - Vítima deixou acompanhante(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou herdeiro(a)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 230 do Código Penal.

34

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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

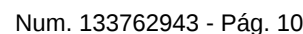
BANCO: 077
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000013337390

Número da Autenticação

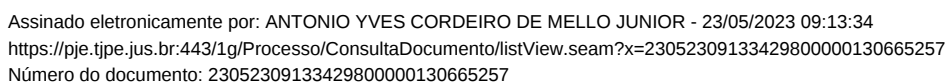
BA2B7FC32B9E9B4C



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGIST



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGISTRO



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.neoenergiampernambuco.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
50840-470

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA FATURA		
218104516	ÚNICA	18/07/2022
18/07/2022	2014875743	8240287

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

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,41820577	12,57
30.0000000	0,34813808	10,44

TOTAL DA FATURA

23,01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
316368838	CAT	17/06/2022	4,00	18/07/2022	4,00	32	1,0000		0,00

AL. 22	30	VALOR DO IMPORTE
JUN 22	30	0,00
MAR 22	30	0,00
DEZ 21	30	0,00





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 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1594 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 022 91 95

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/uri/doi/-/circul-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275495238>

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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu THIAGO ANTUNES CAMPELO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.356.74, 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLEMERSON FERRAZ SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23

do sinistro de DPVAT cobertura INVAZÍVEL da Vítima CLEMERSON FERRAZ SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23, 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 Líder, 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>50640-470</u>
				tel. (DDD):	<u>87992842507</u>

Local e Data:

Recife, 19 de julho de 2022

Thiago Antunes Campelo
Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017



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:
C.N.S.: 006003498527217

Paciente: 32118 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1998 (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: ROSIGLEIDE DE SOUZA FERRAZ
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 12483388423
Identidade: 9291762 - 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 por acidente de moto há 30 min, nega vômito + perda de consciência

Exame físico: agr, consciente sem deambulando dor + edema dos punhos

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

Prescrição/Conduta:

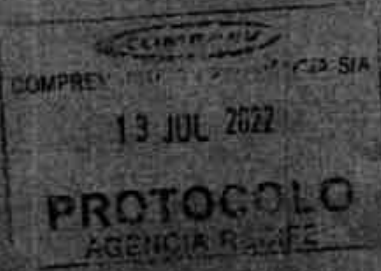
Horário/Checkagem

01 -	talas gessada antio palmar para escafóide bilateral	
02 -	profenid 3 amp em glúteo	
03 -		
04 -		

Reavaliação: encaminhado ao hospital ao serviço de cirurgia de mão

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
CRM: 9756





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 de Mão
TEO. 1740
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 EXERGER ATIVIDADES LABORAIS COM O MEMBRO OPERADO

CID 10: S62

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

VICTOR MACEDO
CIRURGIA DA MÃO
CRM-PE: 20366
TEOT: 15740

Recife, 30 de março de 2021

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





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 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. VICTOR MACEDO
CRM 20366





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAPOIDE 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
TEC 15740
CRM-PE 20366

DR. VICTOR 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: 06/05/2021
Data / Hora: 01/05/21 12:53:08

Senha da Internet:
R21797714

Atendimento: 22036470 Data: 01/05/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986874833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Ocupação Principal:

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

Convênio: HAPVIDA
No Carteira: 53252000337000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Médico Solicitante	Senha	Qt	Vi	Unid	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 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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7820R 1.17



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1411288 HAPC BR ITAMARACA
Selo: 813560 RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13336301
Data do Pedido: 30/03/21 Prev Entrega: 02/04/2021
Data / Hora: 30/03/21 10:04:48

Senha de Internet:

R21628223

Atendimento: 21855858 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: JILANY
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 55282000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	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]]. "

2185585811

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicita 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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1 33



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1568427 HOSP ILHA DO LEITE
Setor: 100550 RAIO X - HIL
Endereço: 50.070-430

CLEMERSON FERRAZ SILVA
Pedido: 15126327

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

Senha de Internet:
R33211395

Atendimento: 23660977 Data: 14/01/2022
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986574833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000

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

Quebra Principal:
Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt confirmação Qt	VI Unit	VI Total
40803112 PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO				1	0.00	0.00
107911667	FABILSON ANDRE CAVI	K02899759				

! : e, p."

2366097711

Quantidade Total de Exames Solicita 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 16HS. APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

20R 1.37





CIENTESI
XG SETUBAL
M1 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:
R32832308

ULTRA BOM SER

Paciente: 22850263 Data: 09/09/2021
Operador: CLARINDO
Idade: 25 ano(s) Sexo: M
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/09/1996 Telefone: 886674833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Queixa Principal: FRATURA NO PUNHO ESQUERDO

Convênio: HAPVIDA

Paciente: EXTERNO

No. Carteira: 53252000237000014

Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt. confirmação	Qt	VI Unit	VI Total
32030118 RX PUNHO A.P. - LAT. - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO							
101696207	FABILSON ANDRE CAVA	J50549270		1	0.00	0.00	

!9x%b."

2285026311

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicitados: 1 Valor Total 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 DDD DO CLIENTE

R7923R 1.27



apvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP-SADT

Nº 4 6472213

16674833 - (CEN)

2023/05/23

PAVÃO DA ESPERANÇA

Dr. Victor M. de
Oliveira
TEOT 13740
CRM 20354

DATA VISO DE
RECEBIMENTO
11/02/2023

NUMERO DO PROTOCOLO A TERAPIA
A CAPACIDADE DE RESISTENCIA DO PACIENTE
E AUMENTO DA MDC ATENDIMENTO



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

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): FABILOSON CAVALCANTE SILVA - MÉDICO CRM 20713 (1)

Nº: 23008842 24/08/2021 às 12:19

DIAGNÓSTICO

CID10

S833 RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO

[1]

Orientações Diversas

MANTER TALA ATÉ RETORNO AO MÉDICO ASSISTENTE
MOBILIZAR OS DEDOS CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE
FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
RETORNO AO AMBULATÓRIO DR FABILOSON CAVALCANTE EM 01/09/21 (NECESSÁRIO AGENDAR PREVIAMENTE OU DATA MAIS PRÓXIMA)
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgia de Mão e Microcirurgia -
CRM-PE 20713 TQOT 15884





RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - ME

270

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1996

Residência: 21300881

Previdência: 1077

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LANDAR - ME

Letra: 111 P22

Profissional(s): VICTOR SANTIAGO MACEDO, MEDICO, CRM 20366 (U)

Nº: 19944853 27/12/2020 às 18:0

DIAGNÓSTICO

C0010

DESD FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intervenções

EVOLUIR BEM NO POS-OP E RECEBER ALTA COM INDICAÇÃO DE
MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Curado

Sim

Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
CRM 20366
RGO 15740
CBO 30366



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº 3682532020 1222554386

hapvida

Nº 3682532020



8667 4833 - CUF DE

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

COMPENSON PRIMA SIM

10 - COORDENADOR OPERACIONAL / CNP / CPF	11 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE	12 - NOME DO CONTRATADO	13 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE	14 - NOME DO CONTRATADO	15 - NOME DO CONTRATADO	16 - NOME DO CONTRATADO	17 - NOME DO CONTRATADO	18 - NOME DO CONTRATADO	19 - NOME DO CONTRATADO
--	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

20 - TIPO DE INTERNAÇÃO	21 - TIPO DE INTERNAÇÃO	22 - TIPO DE INTERNAÇÃO	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO	24 - TIPO DE INTERNAÇÃO	25 - TIPO DE INTERNAÇÃO	26 - TIPO DE INTERNAÇÃO	27 - TIPO DE INTERNAÇÃO	28 - TIPO DE INTERNAÇÃO	29 - TIPO DE INTERNAÇÃO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

30 - TIPO DE INTERNAÇÃO	31 - TIPO DE INTERNAÇÃO	32 - TIPO DE INTERNAÇÃO	33 - TIPO DE INTERNAÇÃO	34 - TIPO DE INTERNAÇÃO	35 - TIPO DE INTERNAÇÃO	36 - TIPO DE INTERNAÇÃO	37 - TIPO DE INTERNAÇÃO	38 - TIPO DE INTERNAÇÃO	39 - TIPO DE INTERNAÇÃO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

40 - TIPO DE INTERNAÇÃO	41 - TIPO DE INTERNAÇÃO	42 - TIPO DE INTERNAÇÃO	43 - TIPO DE INTERNAÇÃO	44 - TIPO DE INTERNAÇÃO	45 - TIPO DE INTERNAÇÃO	46 - TIPO DE INTERNAÇÃO	47 - TIPO DE INTERNAÇÃO	48 - TIPO DE INTERNAÇÃO	49 - TIPO DE INTERNAÇÃO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

50 - TIPO DE INTERNAÇÃO	51 - TIPO DE INTERNAÇÃO	52 - TIPO DE INTERNAÇÃO	53 - TIPO DE INTERNAÇÃO	54 - TIPO DE INTERNAÇÃO	55 - TIPO DE INTERNAÇÃO	56 - TIPO DE INTERNAÇÃO	57 - TIPO DE INTERNAÇÃO	58 - TIPO DE INTERNAÇÃO	59 - TIPO DE INTERNAÇÃO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Dr. Victor Macêdo
Cirurgião de Mão
CRM 15770
CBO 362050



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
XEOT 15740
CRM-PE 20366

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

Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1

Data 04/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13055583

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) TRANSCIRAO RECIFE P

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

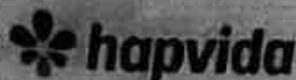
04/01/21 08:48 05/01/21 11:03

RELATÓRIO:

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

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12051-PE





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.: 12483388423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

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 da pirâmide direita, 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 tendinosos sem alterações expressivas ao método.

MURILLO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF





HAPVIDA DIAGNÓSTICO
RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pág 1 de 1
Data 11/01/2023

Paciente...: 18776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento: 1988/12/08 Sexo: M

Nº Pedido: 12084889

RG: 9291782 SSP PE

CPF: 12483386423

Convênio: HAPVIDA

Matrícula: 53252000237000014

Solicitante: DRA VICTOR SANTIAGO MAC

Exame:

RX PUNHO / AP - LAT - OBLÍQUAS - BILATERAL

Em Realização:

11/01/21 08:55

Em Liberação:

12/01/21 10:00

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo
- Correlacionar com exames anteriores

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - CRM 1281 PE





hapvida HAPVIDA DIAGNÓSTICO

Diagnóstico

TOMOGRAFIA - HIL

Pag 1 de 1

Data 01/05/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13710190

Convênio: HAPVIDA

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Matricula.: 53252000237000014

Exame:

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Dt Realização: 01/05/21 12:52 Dt Liberação: 05/05/21 14:00

INDICAÇÃO DO EXAME:

Controle evolutivo

TÉCNICA DO EXAME:

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

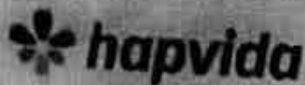
OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

Exame documentado em CD.

ADRIANO LEITAO ROCHA DE SA - CRM 16088-PE





Diagnóstico

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1

Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Convênio.: HAPVIDA

Matrícula.: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

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 polo 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 platiforme 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 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13544456

RG.: 9291752 SSP PE

Convênio...: HAPVIDA

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Matrícula: 53252000237000014

Exame:
US ARTICULACAO

Dt Realização: 31/03/21 14:14
Dt Liberação: 31/03/21 15:09

ULTRASSONOGRAMA DO PUNHO ESQUERDO

O estudo ecotomográfico 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 quírodactilos 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 ecogenidade habituais.

Tendões dos músculos flexores digitais com padrão fibrilar preservado, sem sinais de abaulamento do túnel do carpo, sendo demonstrado nervo mediano com ecogenidade habitual e área de seção 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 20230-
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:

8626

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
Traumato - Ortopedia
CRM/PE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFXS20Q063T3
Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:26:46

01/2022

18/12/2020 21:31

01/2022



do
Espinho
Transmissão
Oncologia 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) CLEMERTON 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
ABRM/PE-20366

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação: BU1PB2000U8T3

93002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15:32:20





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 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 : BCUMY8100V1T3

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TE02/19884

103002

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA 24/08/2021 12:20

10.1.32.2018





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:

S628

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
Tramado - Ortopedia
CRMPE 11711

Assento a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFX520008373

Solicitação da Semha : 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
TEST 15740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: B800P11Q0UEK0

05/01/2021 10:23





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:

9820

Código da Doença

Local e Data
Dr. Victor Macedo
Cirurgia da Mão
TEOT 15740
Assinatura Médica

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20368

Assinatura e Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação : SUPR2000UET3

H0002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15.12.2020





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

Dr. Vitor Macêdo
CRM 15740
Cirurgião

VSMACEDO
Assinatura: RGLT11001300

19/01/2021 11:00





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
Assistente de Mão
TEC 16740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: BCXUW76QXURK0

22/12/2020 08:34





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 Atendente
Dr. Vitorino de Mello Junior
CRM 18740
Código 25346

VERACEDO
Assinatura do BOLSITHQUEIRO

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

A Dr. Victor Macedo
Clitoria de Máo
FEOT 16740
CRM-PE 20368

VERIFICAR
Autenticação: BCXTW200UJIK0

12/12/2020 08:43



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
Classe de Mção
TEC-15740
CRM-PE 20366

VSMACEDO
Atendimento: BKKKF11QURK0

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 (SESSENTA) DIAS

CID 10 S633

Recife, 3 de setembro de 2021

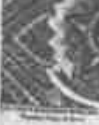
Dr. Fabilson Cavalcante
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

Dr. Fabilson Cavalcante
CRM 20713 / SBOT 15684
Cirurgião de Mão e Microcirurgia

CRM 20713 / SBOT 15684

Haplínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
PE					
TIPO DE VEÍCULO 2		NOME THIAGO ANTUNES CAMPELO			
DOC. IDENTIDADE / ORG. 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	
INSCRIÇÃO KAR					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 21/08/2020			
RODADEIRA 01					
PERNAMBUCO					
13 JUL 2022					

PROTOCOLLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

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



POLEGAR DIREITO



COMPROVANTE DE REGISTRO EM DIA
13 JUL 2024

PROTOCOLO

CLEBERSON 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

ASSINATURA DO DIRETOR
C. G. Alcorado

Assinatura manuscrita

13 JUL 2022

PROTOCOLO

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: 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 OSTEOSSÍNTESE 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.: 9297752 C.P.F.: 12483286423

Endereço: Rua MARIA HELENA Nº 245, OLARIA/MORENO

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

Outorgado(s):

Nome: Thiago Antonio Campos

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

Endereço: Rua Otton Rondon Nº 74, JARDIM

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 18.12.2020

Local: MARILIA

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: CLEMERTON FERRAZ SILVA

CPF: 124.833.864-23

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/12/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLEMERTON 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Rebeka Vitória Ursulino da Silva





Número: **0027967-80.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/03/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEMERSON FERRAZ SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133762944	23/05/2023 09:13	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 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

Carta nº 17216288





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, 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

Car

Valid

06/28

cirrus



Atendimento Global Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

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 DO CONTRATO



RECLUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

8

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

☐ 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 AUTÊNCIA 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔRNCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Quantidade de filhos 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou herdeiros?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

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

35 - Nome legítima da quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legítima da quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura da quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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 - DP21-CIRC DINT-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0111001359

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: PRÓXIMO A CHURASCARIA JABOATÃOENSE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

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

COMPEN

13 JUL 2022

PROTOCOLO

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

CLEMERSON FERRAZ SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ Pw: CLAUDIO SOARES SILVA Data de Nascimento: 12/01/1996 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 9281723/SSP (RG) 12483308-423 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAD. COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefone Celular: 957781808

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 348, RUA MARIA HELENA - OLARIA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AVENIDA BARÃO DE LUCENA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, HIPER SOMPRECO

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/HONDA/NR 160 EROS 160 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Place: PERNAMBUCO (NÃO INFORMADO) Roteiro: 333003121 Chave: 0000000000000000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011



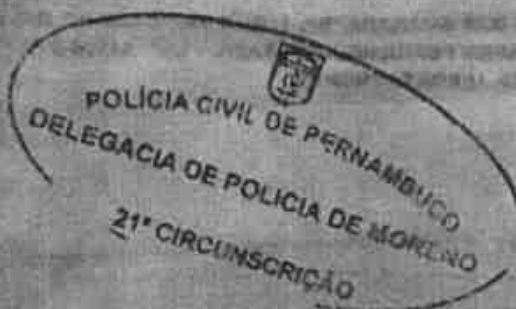
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O JOVEM CLEMERSON FERRAZ SILVA, COMUNICANDO QUE SEXTA-FEIRA 18/12/2020, POR VOLTADA DAS 16:38 HORAS, AO PASSAR NA AVENIDA VISCONDE DO RIO BRANCO PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE NA PS. 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)



13 JUL 2022
PROTOCOLO



THALES CWB U1175236B3 0521

gold

Central de Relacionamento

Capitais e Regiões Metropolitanas: **3003 4070**

Demais Localidades: **0800 940 0007**

Extensor (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

Car

Valid

06/28

cirrus



Atendimento Global Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

(assinale o(s) tipo(s) de cobertura)



DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo

7 - Profissão

11 - Bairro

13 - E-mail

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - Insc. Estadual

16 - Insc. Municipal

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 DO CONTRATO



RECLUSO INFORMAR



R\$1.000,00 A R\$1.000,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo e coto 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 AUTÊNCIA 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔRNCES BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Estado de saúde com a vítima

26 - Vítima deixou acompanhante(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou marido/esposa?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:



Sim



Não

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 aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 230 do Código Penal.

34 - Imposto de Renda da vítima ou do representante legal

35 - Nome legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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

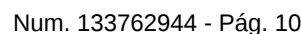
BANCO: 077
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000013337390

Número da Autenticação

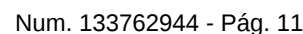
BA2B7FC32B9E9B4C



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGISTRO



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGISTRO



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.neoenergiampernambuco.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
50840-470

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA FATURA		
218104516	ÚNICA	18/07/2022
18/07/2022	2014875743	8240287

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

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0.41820577	12.57
30.0000000	0.34813808	10.44

TOTAL DA FATURA

23.01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
316368838	CAT	17/06/2022	4,00	18/07/2022	4,00	32	1,0000		0,00

ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO
AL 22	5,06
IN 22	5,06
MA 22	5,06





Central do Nordeste: 1ª unidade (1984) e 2ª unidade (1985), do segundo a sexta série, das 8h às 18h45
Central do Sul: 1ª unidade (1984) e 2ª unidade (1985), do segundo a sexta série, das 8h às 18h45

संपर्क सूची

O presidente do Conselho de Estado e o presidente do governo do Espírito Santo, os senhores senhores e senhores senhores 045/11, disponível em endereço eletrônico.

[illegible]

A ricerca con l'obiettivo di individuare gli indicatori e i metodi, anche innovativi, più idonei a garantire la sostenibilità del Sistema SP4UE, condotta, per determinazione del comitato Scientifico, sulla base di risultati di monitoraggio ex-GRUP.

[illegible]

Inscrição (a) no CDT/CIM 835356674, 88 no quadrante do Fornecedor (b) / Identificador (c) do Beneficiário

LEMERSON FERRAZ SILVA Inscrição no CNP: 15 72488864, 23

do sistema do IPM: INVALID LEMERON FERAZILVA

Inscrição (a) no CNP sob o nº 724833864, 23, endereço: Departamento de Engenharia de Energia 405/12.

Declara o(a) autor(a): _____ **Data:** _____ **e apresento os documentos comprobatórios:**

Access Information

[illegible]

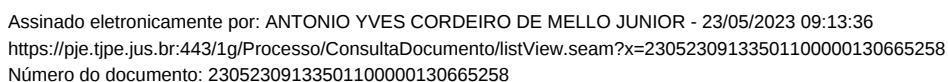
Local e Data: morang, 07 de julho de 2022

Administrative de Documentos

CMC-14

49 91 2522

PROTON 210





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 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1594 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 022 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.lider.com.br/web/dou/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275495238>

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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu THIAGO ANTUNES CAMPELO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.356.74, 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLEMERSON FERRAZ SILVA Inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23

do sinistro de DPVAT cobertura INVAZ. DEZ da Vítima CLEMERSON FERRAZ SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23, 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 Líder, 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>50640-470</u>
				tel. (DDD):	<u>87992842507</u>

Local e Data:

Recife, 19 de julho de 2022

Thiago Antunes Campelo
Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017



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:
C.N.S.: 006003498527217

Paciente: 32118 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1998 (24 Anos e 4 Meses)
Endereço: TRAVESSA TABELIÃO FRANCISCO PEIXOTO
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
País: CLAUDIO SOARES SILVA
Mãe: ROSIGLEIDE DE SOUZA FERRAZ
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 12483388423
Identidade: 9291762 - 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 por acidente de moto há 30 min, nega vômito + perda de consciência

Exame físico: agr, consciente sem deambulando dor + edema dos punhos

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

Prescrição/Conduta:

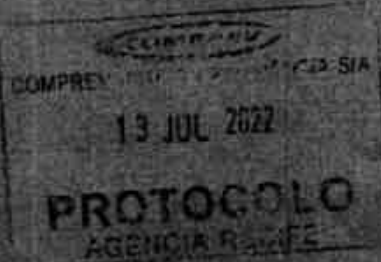
Horário/Checkagem

01 -	talas gessada antio palmar para escafóide bilateral	
02 -	profenid 3 amp em glúteo	
03 -		
04 -		

Reavaliação: encaminhado ao hospital ao serviço de cirurgia de mão

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
CRM: 9756





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 de Mão
TEO. 1740
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: S62

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

VICTOR MACEDO
CIRURGIA DA MÃO
CRM-PE: 20366
TEOT: 15740

Recife, 30 de março de 2021

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





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 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. VICTOR MACEDO
CRM 20366





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAPOIDE 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
TEC 15740
CRM-PE 20366

DR. VICTOR 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: 06/05/2021
Data / Hora: 01/05/21 12:53:08

Senha da Internet:
R21797714

Atendimento: 22036470 Data: 01/05/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986874833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Ocupação Principal:

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

Convênio: HAPVIDA
No Carteira: 53252000337000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Médico Solicitante	Senha	Qt	Vi	Unid	Vi Total
--------------------	------	--------------------	-------	----	----	------	----------

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

!9&ci. "

2203647011

Quantidade Total de Exames Solicit	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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7820R 1.17



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1411288 HAPC BR ITAMARACA
Selo: 813560 RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 13336301
Data do Pedido: 30/03/21 Prev Entrega: 02/04/2021
Data / Hora: 30/03/21 10:04:48

Senha de Internet:
R21628223

Atendimento: 21855858 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: JILANY
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 55282000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	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]]. "

2185585811

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicita 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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1 33



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1568427 HOSP ILHA DO LEITE
Setor: 100550 RAIO X - HIL
Endereço: 50.070-430

CLEMERSON FERRAZ SILVA
Pedido: 15126327

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

Senha de Internet:
R33211395

Atendimento: 23660977 Data: 14/01/2022
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986574833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Queixa Principal:

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

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt confirmação Qt	VI Unit	VI Total
40803112 PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO		107911667 FABILSON ANDRE CAVI	K02899759	1	0.00	0.00
Quantidade Total de Exames Solicita						0.00

! : e, p. "
2366097711

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 16HS. APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

20R 1.37





CIENTES
XG SETUBAL
M1 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
R32832308

ULTRA BOM SER

Paciente: 22850263 Data: 09/09/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/09/1996 Telefone: 886674833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.900-000
Queixa Principal: FRATURA NO PUNHO ESQUERDO

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

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt. confirmação	Qt	VI Unit	VI Total
32030118 RX PUNHO A.P. - LAT. - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO							
101696207	FABILSON ANDRE CAVA	J50549270		1	0.00	0.00	

!9x%b."

2285026311

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicitados: 1 Valor Total 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 DDD DO CLIENTE

R7920R 1.27



apvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP-SADT

Nº 4 6472213

16674833 - (CENAP)

PAZ VILA SADA

PAZ VILA SADA

3342213 - CENTRO DE CUIDADO DE VIDA DO ESCOLAR RUADEAD

Dr. Victor M. de
Carmo da Silva
TEOT 13740
CRM 20354

PAZ VILA SADA

REPETIR

110 h

06

02

NUMERO DO PROTOCOLO A SER ENVIADO
A COMISSÃO DE REGISTRO DO CONSELHO
E ASSINATURA DO MESMO ATENDIMENTO



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

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): FABILOSON CAVALCANTE SILVA - MÉDICO CRM 20713 (1)

Nº: 23008842 24/08/2021 às 12:19

DIAGNÓSTICO

CID10

S833 RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO

[1]

Orientações Diversas

MANTER TALA ATÉ RETORNO AO MÉDICO ASSISTENTE
MOBILIZAR OS DEDOS CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE
FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
RETORNO AO AMBULATÓRIO DR FABILOSON CAVALCANTE EM 01/09/21 (NECESSÁRIO AGENDAR PREVIAMENTE OU DATA MAIS PRÓXIMA)
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgia de Mão e Microcirurgia -
CRM-PE 20713 TQOT 15884





RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

270

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1996

Residência: 21300881

Previdência: 1071

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LANCAR - HE

Letra: 111 P22

Profissional(s): VICTOR SANTIAGO MARQUES, MEDICO, CRM 20366 [U]

Nº: 19944853 27/12/2020 às 18:0

DIAGNÓSTICO

C0010

DESD FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intervenções

EVOLUIR BEM NO POS-OP E RECEBER ALTA COM INDICAÇÃO DE
MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Curado

Sim

Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
CRM 20366
RQE 15740



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº 3682532020 1222554386

Nº 3682532020

hapvida



8667 4833 - CUF DE

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 INÍCIO DA INTERNAÇÃO

8. DATA DE TÉRMINO DA INTERNAÇÃO

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9. NOME

10. NOME DA CATEGORIA

11. NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

12. COORDENADOR OPERACIONAL / CNP / CPF

DADOS DO CONTRATO SORTEADO

13. NOME DO PROPRIETÁRIO SORTEADO

14. NOME DO CONTRATO

15. TIPO DE UNIDADE

16. COORDENADOR OPERACIONAL / CNP / CPF

DADOS DO CONTRATO SORTEADO / DADOS DA INTERNAÇÃO

17. LOCAL DE INTERNAÇÃO

18. TIPO DE INTERNAÇÃO

19. NOME DO PROTECTOR

20. NOME DO CÂMPUS

21. NOME DE INTERNAÇÃO

22. NOME DE INTERNAÇÃO

23. NOME DE INTERNAÇÃO

TRATAMENTO MOTOCICLISTA DE 04 ANOS COM FRATURA DE BÊLGICA
A RISO COM TUMORES DE PROSTATECTOMIA GÂSTRICA

24. TIPO DE INTERNAÇÃO

25. TIPO DE INTERNAÇÃO

26. TIPO DE INTERNAÇÃO

27. TIPO DE INTERNAÇÃO

28. TIPO DE INTERNAÇÃO

29. TIPO DE INTERNAÇÃO

30. TIPO DE INTERNAÇÃO

31. TIPO DE INTERNAÇÃO

32. TIPO DE INTERNAÇÃO

33. TIPO DE INTERNAÇÃO

34. TIPO DE INTERNAÇÃO

35. TIPO DE INTERNAÇÃO

36. TIPO DE INTERNAÇÃO

37. TIPO DE INTERNAÇÃO

38. TIPO DE INTERNAÇÃO

39. TIPO DE INTERNAÇÃO

40. TIPO DE INTERNAÇÃO

41. TIPO DE INTERNAÇÃO

42. TIPO DE INTERNAÇÃO

43. TIPO DE INTERNAÇÃO

44. TIPO DE INTERNAÇÃO

45. TIPO DE INTERNAÇÃO

46. TIPO DE INTERNAÇÃO

47. TIPO DE INTERNAÇÃO

48. TIPO DE INTERNAÇÃO

49. TIPO DE INTERNAÇÃO

50. TIPO DE INTERNAÇÃO

51. TIPO DE INTERNAÇÃO

52. TIPO DE INTERNAÇÃO

53. TIPO DE INTERNAÇÃO

54. TIPO DE INTERNAÇÃO

55. TIPO DE INTERNAÇÃO

56. TIPO DE INTERNAÇÃO

57. TIPO DE INTERNAÇÃO

58. TIPO DE INTERNAÇÃO

59. TIPO DE INTERNAÇÃO

60. TIPO DE INTERNAÇÃO

61. TIPO DE INTERNAÇÃO

62. TIPO DE INTERNAÇÃO

63. TIPO DE INTERNAÇÃO

64. TIPO DE INTERNAÇÃO

65. TIPO DE INTERNAÇÃO

66. TIPO DE INTERNAÇÃO

67. TIPO DE INTERNAÇÃO

68. TIPO DE INTERNAÇÃO

69. TIPO DE INTERNAÇÃO

70. TIPO DE INTERNAÇÃO

71. TIPO DE INTERNAÇÃO

72. TIPO DE INTERNAÇÃO

73. TIPO DE INTERNAÇÃO

74. TIPO DE INTERNAÇÃO

75. TIPO DE INTERNAÇÃO

76. TIPO DE INTERNAÇÃO

77. TIPO DE INTERNAÇÃO

78. TIPO DE INTERNAÇÃO

79. TIPO DE INTERNAÇÃO

80. TIPO DE INTERNAÇÃO

81. TIPO DE INTERNAÇÃO

82. TIPO DE INTERNAÇÃO

83. TIPO DE INTERNAÇÃO

84. TIPO DE INTERNAÇÃO

85. TIPO DE INTERNAÇÃO

86. TIPO DE INTERNAÇÃO

87. TIPO DE INTERNAÇÃO

88. TIPO DE INTERNAÇÃO

89. TIPO DE INTERNAÇÃO

90. TIPO DE INTERNAÇÃO

91. TIPO DE INTERNAÇÃO

92. TIPO DE INTERNAÇÃO

93. TIPO DE INTERNAÇÃO

94. TIPO DE INTERNAÇÃO

95. TIPO DE INTERNAÇÃO

96. TIPO DE INTERNAÇÃO

97. TIPO DE INTERNAÇÃO

98. TIPO DE INTERNAÇÃO

99. TIPO DE INTERNAÇÃO

100. TIPO DE INTERNAÇÃO

101. TIPO DE INTERNAÇÃO

102. TIPO DE INTERNAÇÃO

103. TIPO DE INTERNAÇÃO

104. TIPO DE INTERNAÇÃO

105. TIPO DE INTERNAÇÃO

106. TIPO DE INTERNAÇÃO

107. TIPO DE INTERNAÇÃO

108. TIPO DE INTERNAÇÃO

109. TIPO DE INTERNAÇÃO

110. TIPO DE INTERNAÇÃO

111. TIPO DE INTERNAÇÃO

112. TIPO DE INTERNAÇÃO

113. TIPO DE INTERNAÇÃO

114. TIPO DE INTERNAÇÃO

115. TIPO DE INTERNAÇÃO

116. TIPO DE INTERNAÇÃO

117. TIPO DE INTERNAÇÃO

118. TIPO DE INTERNAÇÃO

119. TIPO DE INTERNAÇÃO

120. TIPO DE INTERNAÇÃO

121. TIPO DE INTERNAÇÃO

122. TIPO DE INTERNAÇÃO

123. TIPO DE INTERNAÇÃO

124. TIPO DE INTERNAÇÃO

125. TIPO DE INTERNAÇÃO

126. TIPO DE INTERNAÇÃO

127. TIPO DE INTERNAÇÃO

128. TIPO DE INTERNAÇÃO

129. TIPO DE INTERNAÇÃO

130. TIPO DE INTERNAÇÃO

131. TIPO DE INTERNAÇÃO

132. TIPO DE INTERNAÇÃO

133. TIPO DE INTERNAÇÃO

134. TIPO DE INTERNAÇÃO

135. TIPO DE INTERNAÇÃO

136. TIPO DE INTERNAÇÃO

137. TIPO DE INTERNAÇÃO

138. TIPO DE INTERNAÇÃO

139. TIPO DE INTERNAÇÃO

140. TIPO DE INTERNAÇÃO

141. TIPO DE INTERNAÇÃO

142. TIPO DE INTERNAÇÃO

143. TIPO DE INTERNAÇÃO

144. TIPO DE INTERNAÇÃO

145. TIPO DE INTERNAÇÃO

146. TIPO DE INTERNAÇÃO

147. TIPO DE INTERNAÇÃO

148. TIPO DE INTERNAÇÃO

149. TIPO DE INTERNAÇÃO

150. TIPO DE INTERNAÇÃO

151. TIPO DE INTERNAÇÃO

152. TIPO DE INTERNAÇÃO

153. TIPO DE INTERNAÇÃO

154. TIPO DE INTERNAÇÃO

155. TIPO DE INTERNAÇÃO

156. TIPO DE INTERNAÇÃO

157. TIPO DE INTERNAÇÃO

158. TIPO DE INTERNAÇÃO

159. TIPO DE INTERNAÇÃO

160. TIPO DE INTERNAÇÃO

161. TIPO DE INTERNAÇÃO

162. TIPO DE INTERNAÇÃO

163. TIPO DE INTERNAÇÃO

164. TIPO DE INTERNAÇÃO

165. TIPO DE INTERNAÇÃO

166. TIPO DE INTERNAÇÃO

167. TIPO DE INTERNAÇÃO

168. TIPO DE INTERNAÇÃO

169. TIPO DE INTERNAÇÃO

170. TIPO DE INTERNAÇÃO

171. TIPO DE INTERNAÇÃO

172. TIPO DE INTERNAÇÃO

173. TIPO DE INTERNAÇÃO

174. TIPO DE INTERNAÇÃO

175. TIPO DE INTERNAÇÃO

176. TIPO DE INTERNAÇÃO

177. TIPO DE INTERNAÇÃO

178. TIPO DE INTERNAÇÃO

179. TIPO DE INTERNAÇÃO

180. TIPO DE INTERNAÇÃO

181. TIPO DE INTERNAÇÃO

182. TIPO DE INTERNAÇÃO

Dr. Victor Macêdo
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM nº 15770
CBO nº 20304



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
Cirurgião de Mão
XEOT 15740
CRM-PE 20366

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

Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1

Data 04/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13055583

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) TRANSCIRAO RECIFE P

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

04/01/21 08:48 05/01/21 11:03

RELATÓRIO:

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

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12061-PE



Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento...: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483388423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

TC DAS ARTICULAÇÕES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC)

Dt Realização: Dt Liberação:

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 da pirâmide direita, 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 tendinosos sem alterações expressivas ao método.



MURILLO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF





HAPVIDA DIAGNÓSTICO
RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pág 1 de 1
Data 11/01/2023

Paciente...: 18776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento: 1988/12/08 Sexo: M

Nº Pedido: 12084889

RG: 9291782 SSP PE

CPF: 12483386423

Convênio: HAPVIDA

Matrícula: 53252000237000014

Solicitante: DRA VICTOR SANTIAGO MAC

Exame:

RX PUNHO / AP - LAT - OBLÍQUAS - BILATERAL

Em Realização:

11/01/23 08:55

Em Liberação:

12/01/23 10:00

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo
- Correlacionar com exames anteriores

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - CRM 12811 PE





hapvida

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

Diagnóstico

TOMOGRAFIA - HIL

Pag 1 de 1

Data 01/05/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13710190

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

Convênio: HAPVIDA

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Matricula.: 53252000237000014

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

01/05/21 12:52 05/05/21 14:00

INDICAÇÃO DO EXAME:

Controle evolutivo

TÉCNICA DO EXAME:

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

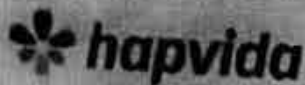
OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

Exame documentado em CD.

ADRIANO LEITAO ROCHA DE SA - CRM 16088-PE





Diagnóstico

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1

Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Convênio.: HAPVIDA

Matrícula.: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

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 polo 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 platiforme 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 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13544456

RG.: 9291752 SSP PE

Convênio...: HAPVIDA

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Matrícula: 53252000237000014

Exame:
US ARTICULACAO

Dt Realização: 31/03/21 14:14
Dt Liberação: 31/03/21 15:09

ULTRASSONOGRRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

O estudo ecotomográfico 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 quírodactilos 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 abductor 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 seção 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 20230-
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:

8626

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
Traumato - Ortopedia
CRM/PE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFXS20Q063T3
Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:26:46

01/2022

18/12/2020 21:31

01/2022



Ultrassom
Espinhoiro
Transmutação
Química e Orgânica

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
ABRM/PE-20366

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação: BLIPB2000U8T3

93002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15:32:20





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 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 : BCUMY8100V1T3

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TE02/19884

103002

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA 24/08/2021 12:20

10.1.32.2018





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:

S628

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
Tramanda - Ortopedia
CRM/PE 11711

Assento a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BMFX520008373
Solicitação da Sembr : 18/12/2020 20:28:46





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
TEST 15740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: B800F11008K0

05/01/2021 10:23





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:

9820

Código da Doença

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

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Assinatura e Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação : SUPR2000UET3

HE002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15.1.25.207





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
CREMESP 15740
CRMES 20386

VSMACEDO
Assinatura: BCLT110013065258

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
Assistente de Mão
TEC 16740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: BCXUW76QXURK0

22/12/2020 08:34





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 Atendente
Dr. Vitorino de Mello Junior
CRM 18740
Código 25346

VERACEDO
Assinatura do BOLSITHQUEIRO

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

A Dr. Victor Macedo
Clitoria de Máo
FEOT 16740
CRM-PE 20366

VERIFICAR
Autenticação: BCXTW2000UEK0

22/12/2020 08:43



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
Classe de Mção
TEC-15740
CRM-PE 20366

VSMACEDO
Atendimento: BKKKF11QURK0

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 (SESSENTA) DIAS

CID 10 S633

Recife, 3 de setembro de 2021

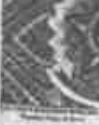
Dr. Fabilson Cavalcante
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

Dr. Fabilson Cavalcante
CRM de M.O. e Microcirurgia
CRM-PE 20713-TEOT 1400

CRM 20713 / SBOT 15684

Haplínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
PE					
TIPO DE VEÍCULO 2		NOME THIAGO ANTUNES CAMPELO			
DOC. IDENTIDADE / ORG. 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	
INSCRIÇÃO KAR					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 21/08/2020			
RODADEZINHA 					
PERNAMBUCO					
13 JUL 2022					

PROTOCOLLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

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



POLEGAR DIREITO



COMPRESSÃO

13 JUL 2024

PROTOCOLO

CLEBERSON 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

Assinado

ASSINATURA DO DIRETOR
C. G. Alcantara

Nº 7.116 DE 29/08/83

13 JUL 2022

PROTOCOLO

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: 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.: 9297752 C.P.F.: 12483286423

Endereço: Rua MARIA HELENA Nº 245, OLARIA/MORENO

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

Outorgado(s):

Nome: Thiago Antonio Campos

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

Endereço: Rua Otton Rondon Nº 74, JARDIM

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 18.12.2020

Local: MARILIA

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
CPF de: Próprio
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 18/12/2020
Titular do CPF: CLEMERSON FERRAZ SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Rebeka Vitória Ursulino da Silva





23/05/2023

Número: **0027967-80.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/03/2023**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CLEMERSON FERRAZ SILVA (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data	Documento	Tipo
133762947	23/05/2023 09:13	ANEXO 3	Ações processuais\Documento de Comprovação



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, 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://pedidodpvt.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 17216288





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, 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**

Extensor (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

Co

Valid

06/28

cirrus



Atendimento Global Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

(assinale com X) Tipo de cobertura:



DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPARATIVAS E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

TAC ASSA SORIA A@GMAIL.COM

54800-000

81487751606/9282507

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 DO CONTRATO



RECLUSO INFORMAR

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

Se a qualidade de representante legal, autorizo e coto e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor da 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 AUTÊNCIA 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔRNCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Gostou ou não da 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou herdeiro(a)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração 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 legítimo de quem assina a petição (a rgo)

36 - CPF legítimo de quem assina a petição (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a petição (a rgo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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 - DP21-CIRC DINT-DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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: PRÓXIMO A CHURASCARIA JABOATÃOENSE
Local do Fato: VIA PÚBLICA

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

COMPEN

13 JUL 2022

PROTOCOLO

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

CLEMERSON FERRAZ SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSICLEIDE DE SOUZA FERRAZ Pw: CLAUDIO SOARES SILVA Data de Nascimento: 12/01/1996 Nacionalidade: MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentação: 9281723/SSP/PE (RG) 12483308-423 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefone Celular: 957781808

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MORENO, 348, RUA MARIA HELENA - OLARIA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AVENIDA BARÃO DE LUCENA - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, HIPER SOMPRECO

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/HONDA/NR 160 EMBOS 2005 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO Roteiro: 333003121 Chassi: 90K2000000000000000
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011



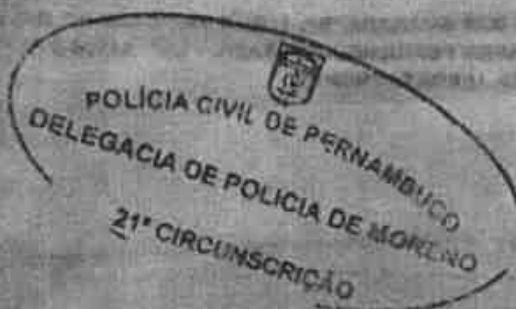
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O JOVEM CLEMERSON FERRAZ SILVA, COMUNICANDO QUE SEXTA-FEIRA 18/12/2020, POR VOLTADA DAS 16:38 HORAS, AO PASSAR NA AVENIDA VISCONDE DO RIO BRANCO PROXIMO A CHURASCARIA JABOATONENSE NA PS. 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)



13 JUL 2022
PROTOCOLO



THALES CWB U1175236B3 0521

gold

Central de Relacionamento

Capitais e Regiões Metropolitanas: **3003 4070**

Demais Localidades: **0800 940 0007**

Extensor (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

Validade

Valid

06/28

cirrus



Atendimento Global Service de qualquer país, exceto o Brasil, ligue a cobrar 1 636 722 7111





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

(assinale o(s) tipo(s) de cobertura)



DAAE (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do seguro ou ADL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E DATA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP/SP Nº 613/2023

5 - Nome completo

7 - Profissão

11 - Bairro

13 - E-mail

8 - Endereço

9 - Número

10 - Complemento

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

TAC ASSA SORIA A@GMAIL.COM

81487751606/9282507

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 DO CONTRATO



RECLUSO INFORMAR

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPEIRAS (somente para os bancos citados. Anexe uma cópia)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (306)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

(informar o dígito no selo)

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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítimas e/ou beneficiários menores de idade representados.

Na qualidade de representante legal, autorizo e coto 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 AUTÊNCIA 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔRNCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima

25 - Quantidade de filhos 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou herdeiro(a)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração 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 legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

36 - CPF legítimo de quem assina o pedido (a rgo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - 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

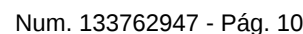
BANCO: 077
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000013337390

Número da Autenticação

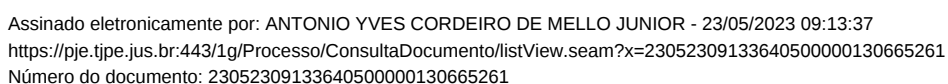
BA2B7FC32B9E9B4C



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGISTRO



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGISTRO



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.neoenergiampernambuco.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
50840-470

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Conv. Monômia - Monofásico

Nº DA FATURA		
218104516	ÚNICA	18/07/2022
18/07/2022	2014875743	8240287

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

Consumo Ativo(kWh)-TUSD
Consumo Ativo(kWh)-TE

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0.41820577	12.57
30.0000000	0.34813808	10.44

TOTAL DA FATURA

23.01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	MP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
316368838	CAT	17/06/2022	4.00	18/07/2022	4.00	32	1.0000		0.00

DATA	VALOR	DATA	VALOR
18/07/2022	23.01	18/07/2022	23.01



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 23/05/2023 09:13:37
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052309133640500000130665261
Número do documento: 23052309133640500000130665261



Call 1-800-451-7243 / 1-800-451-7243

[illegible]

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED DATE 02-10-2005 BY 60322 UCBAW

A recusa em fornecer as informações do perfil e o nome, sendo facultativa, não impede o pagamento do Indenizante do Seguro DPVAX, contudo, por determinação do sublinhado Cláusula, esta recusa é penalizada com a suspensão do seguro.

[illegible]

10-10-10

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Endereço: Rua dos Gladios	Telefone: 74	CNPJ: 000
Bairro: Tororé	Cidade: Recife	CPF: 50640470
E-mail: TACASSESSORIA@gmail.com		Id. pessoa: 87992842507

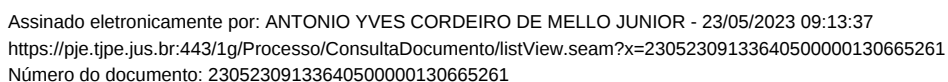
Local e Data: morangó, 07 de julho de 2022

[Signature]
Ambasciatore di Germania

CMC-14

49 2522

PROTONS





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 9h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1594 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 01 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 022 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/uri/doi/-/circular-susep-n-612-de-18-de-agosto-de-2020-275495238>

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 COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 9.513/98.

Pelo exposto, eu THIAGO ANTUNES CAMPELO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038.356.74, 88, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLEMERSON FERRAZ SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23

do sinistro de DPVAT cobertura INVAZÍVEL da Vítima CLEMERSON FERRAZ SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 724.833.864/23, 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 Líder, 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>50640-470</u>
				tel. (DDD):	<u>87992842507</u>

Local e Data:

Recife, 19 de julho de 2022

Thiago Antunes Campelo
Assinatura do Declarante

DL001.001 V001/2017



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:
C.N.S.: 006003498527217

Paciente: 32118 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1998 (24 Anos e 4 Meses)
Endereço: TRAVESSA TABELIÃO FRANCISCO PEIXOTO
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
País: CLAUDIO SOARES SILVA
Mãe: ROSIGLEIDE DE SOUZA FERRAZ
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 12483388423
Identidade: 9291762 - 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 por acidente de moto há 30 min, nega vômito + perda de consciência

Exame físico: agr, consciente sem deambulando dor + edema dos punhos

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

Prescrição/Conduta:

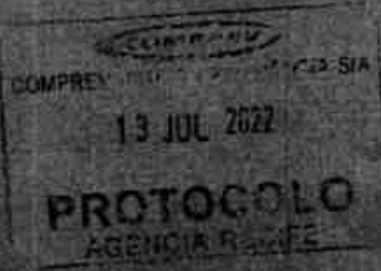
Horário/Checkagem

01 -	talas gessada antio palmar para escafóide bilateral	
02 -	profundidade de amputação	
03 -		
04 -		

Reavaliação: encaminhado ao hospital ao serviço de cirurgia de mão

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) **COMANDA:**

Dr. Silvio Macedo
Ortopedia
CRM: 9756





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
Cirurg. da Mão
TEO. 1740
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 EXERGER ATIVIDADES LABORAIS COM O MEMBRO OPERADO

CID 10: S62

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

VICTOR MACEDO
CIRURGIA DA MÃO
CRM-PE: 20366
TEOT: 15740

Recife, 30 de março de 2021

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





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 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. VICTOR MACEDO
CRM 20366





PACIENTE: CLEMERSON FERRAZ SILVA

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA HISTORIA DE FRATURA DE ESCAPOIDE 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
TEC 15740
CRM-PE 20366

DR. VICTOR 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: 06/05/2021
Data / Hora: 01/05/21 12:53:08

Senha da Internet:
R21797714

Atendimento: 22036470 Data: 01/05/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 Telefone: 986874833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Ocupação Principal:

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

Convênio: HAPVIDA
No Carteira: 53252000337000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Médico Solicitante	Senha	Qt	Vi	Unid	Vi Total
--------------------	------	--------------------	-------	----	----	------	----------

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

!9&ci. "

2203647011

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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7820R 1.17



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1411288 HAPC BR ITAMARACA
Selo: 813560 RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA
Endereço:

CLEMERSON FERRAZ SILVA

Pedido: 1336301
Data do Pedido: 30/03/21 Prev Entrega: 02/04/2021
Data / Hora: 30/03/21 10:04:48

Senha de Internet:

R21628223

Atendimento: 21855858 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: JILANY
Idade: 24 ano(s) Sexo: M

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 55282000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

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

!8x]]. "

2185585811

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

Quantidade Total de Exames Solicita 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 16HS, APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

R7920R 1 33



FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES

Empresa: 1568427 HOSP ILHA DO LEITE
Setor: 100550 RAIO X - HIL
Endereço: 50.070-430

CLEMERSON FERRAZ SILVA
Pedido: 15126327

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

Senha de Internet:
R33211395

Atendimento: 23660977 Data: 14/01/2022
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/08/1996 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

Convênio: HAPVIDA
No. Carteira: 53252000237000014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt confirmação Qt	VI Unit	VI Total
40803112 PUNHO: A.P. - LAT - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO		107911667 FABILSON ANDRE CAVI	K02899759	1	0.00	0.00
Quantidade Total de Exames Solicita						0.00

! : e, p. "
2366097711

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 16HS. APRESENTAR FICHA DE ATENDIMENTO OU DOC DO CLIENTE

20R 1.37





CIENTES
XG SETUBAL
M1 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
R32832308

ULTRA BOM SER

Paciente: 22850263 Data: 09/09/2021
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA
Nascimento: 19/09/1996 Telefone: 886674833
Endereço: R. 10 R RUA MARIA HELENA, 245 COHAB CEP: 54.800-000
Queixa Principal: FRATURA NO PUNHO ESQUERDO

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

Convênio: HARVIDA
No. Carteira: 5325200023700014

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Gula	Medico Solicitante	Senha	Qt. confirmação	Qt	VI Unit	VI Total
32030118 RX PUNHO A.P. - LAT. - OBLIQUAS - LADO ESQUERDO							
101696207	FABILSON ANDRE CAVA	J50549270		1	0.00	0.00	

!9x%b."

2285026311

SOLICITACAO VIA SISTEMA MEDICO

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

Telefone: 8121382984

Observações:

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

R7923R 1.27



apvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP-SADT Nº 4 6472213

16674833 - (CENAP)

FAVIA DE ESPERANÇAS

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE VIDA DO ESCOLAR FAVIA DE

Dr. Victor M. de
Oliveira
TEOT 13740
CRM 20354

DATA VISO DE

REPETIR

110 h

06

02

NUMERO DO PROCESSO A TERAPIA
A CAPACIDADE DE RESISTENCIA DO PACIENTE
E AVALIAÇÃO DA MESO AMBIENTE

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

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): FABILOSON CAVALCANTE SILVA - MÉDICO CRM 20713 (1)

Nº: 23008842 24/08/2021 às 12:19

DIAGNÓSTICO

CID10

S833 RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTO(S) DO PUNHO E DO CARPO

[1]

Orientações Diversas

MANTER TALA ATÉ RETORNO AO MÉDICO ASSISTENTE
MOBILIZAR OS DEDOS CONFORME ORIENTAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE
FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS
RETORNO AO AMBULATÓRIO DR FABILOSON CAVALCANTE EM 01/09/21 (NECESSÁRIO AGENDAR PREVIAMENTE OU DATA MAIS PRÓXIMA)
ALTA HOSPITALAR

[1]

Dr. Fabilison Cavalcante
Cirurgia de Mão e Microcirurgia -
CRM-PE 20713 TQOT 15884





RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

ULTRA SOM SERV MED LTDA - ME

270

Paciente: CLEMERSON FERRAZ SILVA

Dt. Nasc.: 19/08/1996

Residência: 21300881

Previdência: 1077

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LANCAR - ME

Letra: 111 P22

Profissional(s): VICTOR SANTIAGO MACEDO, MEDICO, CRM 20366 [U]

Nº: 19944853 27/12/2020 às 18:0

DIAGNÓSTICO

C0010

DESD FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MÃO

RESUMO CLÍNICO

Evolução e Intervenções

EVOLUIR BEM NO POS-OP E RECEBER ALTA COM INDICAÇÃO DE
MANTER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ALTA / TRANSFERÊNCIA

Paciente Curado

Sim

Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
CRM 20366



Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

Nº 4 6472213

986674833 - (UBIOP)

ASS: 000000000

WILSON FERREIRA SILVA

3.07.2023, 19h, FÁTIMA DO ESPIRITO SANTO, TÉCNICO QUALIFICADO DE PRIMA DO ESCALON R\$ 900,00

Dr. Victor Macedo
Cirurgião de Mão
TEOT 18748
CRM-SP 20386

AUTORIZO O PRESTADOR A ESPECIALIZAR
A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES
E AVALIAÇÕES DE SEU ATENDIMENTO

Assinatura do Usuário / Representante

COO AMSP - R\$ 100,00 - 50x1 - DE 40 - 191.001 - R\$ 48.491.000 - 08/13



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Nº 3682532020 1222554386

hapvida

Nº 3682532020



8667 4833 - CUF DE

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

COMPENSAÇÃO PRIMA SIM

12 - CÓDIGO DA OPERAÇÃO / CNO / CFP	13 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE	14 - NOME DO CONTRATADO	15 - NOME DO CONTRATADO	16 - NOME DO CONTRATADO	17 - NOME DO CONTRATADO	18 - NOME DO CONTRATADO	19 - NOME DO CONTRATADO	20 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

21 - NOME DO CONTRATADO	22 - NOME DO CONTRATADO	23 - NOME DO CONTRATADO	24 - NOME DO CONTRATADO	25 - NOME DO CONTRATADO	26 - NOME DO CONTRATADO	27 - NOME DO CONTRATADO	28 - NOME DO CONTRATADO	29 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TRABALHO MOTORISTA DE OLYMPIA EM FORTALEZA DE RS
A RSO com trabalho de PROJEÇÃO DE LUMINÁRIOS

30 - NOME DO CONTRATADO	31 - NOME DO CONTRATADO	32 - NOME DO CONTRATADO	33 - NOME DO CONTRATADO	34 - NOME DO CONTRATADO	35 - NOME DO CONTRATADO	36 - NOME DO CONTRATADO	37 - NOME DO CONTRATADO	38 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

310420499 TRABALHO LUMINÁRIO DE FORTALEZA
DO RIMO

39 - NOME DO CONTRATADO	40 - NOME DO CONTRATADO	41 - NOME DO CONTRATADO	42 - NOME DO CONTRATADO	43 - NOME DO CONTRATADO	44 - NOME DO CONTRATADO	45 - NOME DO CONTRATADO	46 - NOME DO CONTRATADO	47 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

PERMANÊNCIA DE RESERVA 0,2

48 - NOME DO CONTRATADO	49 - NOME DO CONTRATADO	50 - NOME DO CONTRATADO	51 - NOME DO CONTRATADO	52 - NOME DO CONTRATADO	53 - NOME DO CONTRATADO	54 - NOME DO CONTRATADO	55 - NOME DO CONTRATADO	56 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

0,2

57 - NOME DO CONTRATADO	58 - NOME DO CONTRATADO	59 - NOME DO CONTRATADO	60 - NOME DO CONTRATADO	61 - NOME DO CONTRATADO	62 - NOME DO CONTRATADO	63 - NOME DO CONTRATADO	64 - NOME DO CONTRATADO	65 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

0,2

66 - NOME DO CONTRATADO	67 - NOME DO CONTRATADO	68 - NOME DO CONTRATADO	69 - NOME DO CONTRATADO	70 - NOME DO CONTRATADO	71 - NOME DO CONTRATADO	72 - NOME DO CONTRATADO	73 - NOME DO CONTRATADO	74 - NOME DO CONTRATADO
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

0,2

Dr. Victor Macêdo
Chirurgia de Mão
CRM 15770
2020



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
Cirurgião de Mão
XEOT 15740
CRM-PE 20366

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

Hapclínica Recife - Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200





HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pag 1 de 1

Data 04/01/2021

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

NºPedido: 13055583

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483386423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) TRANSCIRAO RECIFE P

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

04/01/21 08:48 05/01/21 11:03

RELATÓRIO:

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

ADRIANA BARBALHO FERRAZ FRANCO - CRM 12051-PE



Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nascimento...: 19/08/1996 Sexo: M

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

CPF.: 12483388423

Convênio...: HAPVIDA

Matrícula...: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

TC DAS ARTICULAÇÕES (EXT CLA-OMB-COT-PUN-SAC)

Dt Realização: Dt Liberação:

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 da pirâmide direita, 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 tendinosos sem alterações expressivas ao método.



MURILLO CAMPOS CALEGARI - CRM 21904-DF





HAPVIDA DIAGNÓSTICO

RAIO X - HAPC BR DE ITAMARACA

Pág 1 de 1
Data 11/01/2023

Paciente...: 18776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA Nascimento: 1988/12/08 Sexo: M
Nº Pedido: 12084889 RG: 9291782 SSP PE CPF: 12483386423
Convênio: HAPVIDA Matrícula: 53252000237000014
Solicitante: D[ist] VICTOR SANTIAGO MAC

Exame:
RX PUNHO / AP - LAT - OBLÍQUAS - BILATERAL
Em Realização: 11/01/23 08:55 Em Liberação: 11/01/23 10:00

RELATÓRIO:

- Exame para controle evolutivo
- Correlacionar com exames anteriores

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - CRM 12811 PE



 hapvida HAPVIDA DIAGNÓSTICO
Diagnóstico TOMOGRAFIA - HIL

Pag 1 de 1
Data 01/05/2021

Paciente....: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

NºPedido: 13710190

Convênio HAPVIDA

Solicitante Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo:M

CPF.: 12483386423

Matricula 53252000237000014

Exame:

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

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PUNHO ESQUERDO

Dt Realização: 01/05/21 12:52 Dt Liberação: 05/05/21 14:00

INDICAÇÃO DO EXAME:

Controle evolutivo

TÉCNICA DO EXAME:

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

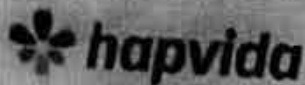
OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

Exame documentado em CD.

ADRIANO LEITAO ROCHA DE SA - CRM 16088-PE





Diagnóstico

HAPVIDA DIAGNÓSTICO

TOMOGRAFIA - CM DERBY

Pag 1 de 1

Data 18/12/2020

Paciente...: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13000325

RG.: 9291752 SSP PE

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Convênio.: HAPVIDA

Matrícula.: 53252000237000014

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Exame:

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

Dt Realização: Dt Liberação:

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 polo 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 platiforme 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 CLEMERSON FERRAZ SILVA

Nº Pedido: 13544456

RG.: 9291752 SSP PE

Convênio...: HAPVIDA

Solicitante: Dr(a) VICTOR SANTIAGO MAC

Nascimento.: 19/08/1996 Sexo: M

CPF.: 12483386423

Matrícula: 53252000237000014

Exame:
US ARTICULACAO

Dt Realização: 31/03/21 14:14
Dt Liberação: 31/03/21 15:09

ULTRASSONOGRRAFIA DO PUNHO ESQUERDO

O estudo ecotomográfico 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 quírodactilos 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 seção 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 20230-
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:

8626

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
Traumato - Ortopedia
CRM/PE 11711

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFXS20Q063T3
Solicitação da Senha : 18/12/2020 20:26:46

01/2022

18/12/2020 21:31

01/2022



do
Espinho
Transmissão
Oncologia 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
ABRM/PE-20366

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20366

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação: BLIPB2000U8T3

93002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15:32:20





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 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 : BCUMY8100V1T3

Dr. Fabilson Cavalcante
Cirurgião de Mão e Microcirurgia
CRM-PE 20713 TE02/19884

103002

FABILSON ANDRE CAVALCANTE SILVA 24/08/2021 12:20

10.1.32.2018





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:

S628

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
Tramontado - Ortopedia
CRM/PE 11711

Assento a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFX520008373
Solicitação da Semha : 18/12/2020 20:28:48





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
TEST 15740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: B800F11008K0

05/01/2021 10:23





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:

9820

Código da Doença

Local e Data
Dr. Victor Macedo
Cirurgia da Mão
TEOT 15740
Assinatura Médica

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20368

Assinatura e Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação : SUPR2000UET3

H0002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15.12.2020





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. Vitor Macêdo
CRM 15740
CBO 20386

VSMACEDO
Assinatura: RCLT11001300

19/01/2021 11:00





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
Clínica de Mão
TEC 16740
CRM-PE 20388

VSMACEDO
Assinatura: BCXUW76QXURK0

22/12/2020 08:34





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 Atendente
Dr. Vitorino de Mello Junior
CRM 18740
Código 25346

VERACEDO
Assinatura do BOLSITHQUEIRO

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

A Dr. Victor Macedo
Clitoria de Máo
FEOT 16740
CRM-PE 20368

VERIFICAÇÃO
Autenticação: BCXTW2000UEK0

22/12/2020 08:43



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
Cirurgia de Mão
TEC-16740
CRM-PE 20366

VSMACEDO
Atendimento: BKKKF11QURK0

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 (SESSENTA) DIAS

CID 10 S633

Recife, 3 de setembro de 2021

Dr. Fabilson Cavalcante
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

Dr. Fabilson Cavalcante
CRM de M.O. e Microcirurgia
CRM 20713 / TEOT 1400

CRM 20713 / SBOT 15684

Hapclínica Recife, Rua do Espinheiro, Nº 119, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 3217.4200



		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME THIAGO ANTUNES CAMPELO		DOC. IDENTIDADE / ORG. 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	
Nº REGISTRO 00894691738		PERMISSÃO 		ACC 	
VALIDADE 18/08/2025		CAT. HAB B		1ª HABILITAÇÃO 22/10/1999	
RESERVAÇÃO KAR					
					
ASSINATURA DO PORTADOR					
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 21/08/2020			
PERNAMBUCO		25021884387 9200000026			
13 JUL 2022					

PROTOCOLLO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

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



POLEGAR DIREITO



COMPRESSÃO

13 JUL 2024

PROTOCOLO

CLEBERSON 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

ASSINATURA DO DIRETOR
C. G. Alcantara

13 JUL 2022
PROTOCOLO

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: 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 OSTEOSSÍNTESE 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.: 9297752 C.P.F.: 12483286423

Endereço: Rua MARIA HELENA Nº 245, OLARIA/MORENO

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

Outorgado(s):

Nome: Thiago Antonio Campos

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

Endereço: Rua Otton Rondon Nº 74, JARDIM

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 18.12.2020

Local: MARILIA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

