



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
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



Assessoria 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 do segurado

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

54800-000

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 POUPEIRA (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.

Se a 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 civil 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 parentes/irmãos?



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





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 Pm: 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 SUPERMERCADO

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 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Roteiro: 333003121 Chave: 00000000000000000000
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)


POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE MORENO
21ª CIRCUNSCRIÇÃO

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



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 POUPEIRA (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 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 de conviver 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

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

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

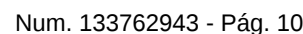
BANCO: 077
AGÊNCIA: 00001
CONTA: 000013337390

Número da Autenticação

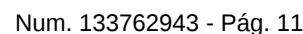
BA2B7FC32B9E9B4C



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGIST



10 JUL 2022
PROTOCOLLO
ANCIA REGIST



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	2014675743	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	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
11,22	10,44	1,17
3,22	11,61	0,37
0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00





Control de Rendimiento para controlar el desempeño y progreso, de acuerdo a metas dadas, del 15 de 1994

Судите o правилин износ: 4000-4000 / 4000-4000 4000 4000 X2 04

Small text at the bottom of the page, likely a footer or contact information.

O presidente do Conselho Municipal de Saúde, em nome do Conselho Municipal de Saúde, declara que o presente documento é uma cópia autêntica do original, e que o mesmo encontra-se em posse do Conselho Municipal de Saúde.

REPORT OF THE BOARD OF DIRECTORS

A Ciber 2000, s/ 402/02, que trata de permitir a todos os cidadãos o acesso a todos os dados disponíveis em arquivos de computadores, independentemente de sua natureza, e de garantir a todos os cidadãos o acesso a todos os dados disponíveis em arquivos de computadores, independentemente de sua natureza.

A pesquisa em linguagens de programação de propósito especial, suas técnicas, suas linguagens e programas de implementação do Sistema EPAL, contida, por determinação do Conselho Superior, nesta seção é produto de comunicação ao CSNP.

[illegible]

Inscrição (a) no CDT/CIM 835356674, 88 em qualidade de Promotor (a) / Substituído (a) do Beneficiário

LEMERSON FERRAZ SILVA Inscrição no CNP: 15 72488864, 23

do sistema do IPM: INVALID LEMERON FERAZILVA

Inscrição (nº) no CPF sob o nº 724833864, 23, assinada pelo titular da Carteira Profissional nº 425/12.

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

13-00000

NOTES: This is a copy of the original document. It is not a reproduction of the original document. The original document is the only one that should be used for reference. The original document is the only one that should be used for reference.

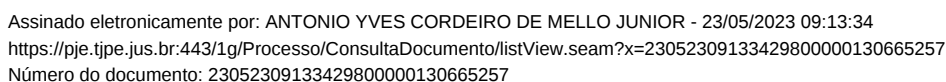
Local e Data: março, 07 de julho de 2022

Administrative de Documentos

CMC-14

49 91 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 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.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 9.131/98.

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:

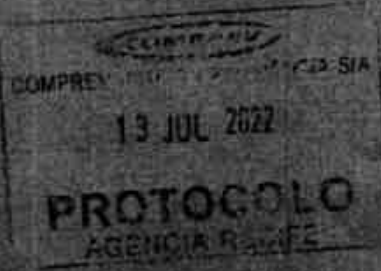
Horário/Checkagem

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-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: 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

Pedidor: 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 Operador: CLARINDO
Paciente: 10776327 CLEMERSON FERRAZ SILVA Idade: 25 ano(s) Sexo: M
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: HARVIDA 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.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)

2023/05/23 09:13:34

3342213-19 - FARMACIA DA ESPERANÇA - FARMACIA DA ESPERANÇA

Dr. Victor M. de
Oliveira
TEOT 13740
CRM 20354

DATA VISO DE
RECEBIMENTO
11/02/2023

NUMERO DO PRESTADOR A TERAPIA
A CAPACIDADE DO ESTABELECIMENTO DO PRESTADOR
E ASSINATURA DO MESMO ESTABELECIMENTO



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: 1077

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 LANCAR - HE

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
RBO 15740
CRM-PE 20366



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
-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

TRATAR MOTOCICLISTA DE 04 ANOS COM FRATURA DE BÊLGICA
A RSO COM TUMORAS DE PROSTATEMOS GASTRÓLOGO

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
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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
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:

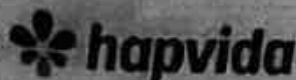
04/01/21 08:48 05/01/21 11:03

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: 1988/12/06 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: 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

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

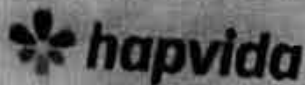
OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

Convênio.: HAPVIDA

CPF.: 12483386423

Solicitante: Dr(a) RENATA DE OLIVEIRA

Matrícula.: 53252000237000014

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 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
Espinheiro
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: 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
CRM/PE 11711

Assento a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BMFX520008373
Solicitação da Semha : 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: B800U7100URK0

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 Eletrônica

VICTOR SANTIAGO MACEDO

CRM 20368

Assinatura e Colocação do CID. Assinado em _____

Código de Autenticação : SUPR2000UET3

HE002

VICTOR SANTIAGO DE MACEDO

27/12/2020 15:34

15.12.2020





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
CRMESP 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
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
CRM 18740
Cirurgião 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 do Mato
FEOT 16740
CRM-PE 20368

VERIFICAÇÃO
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

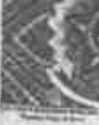
Dr. Fabilson Cavalcante
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA

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 SKVERINA 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			
ROBSON F. SILVA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES SECRETARIA DE TRANSPORTES 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



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

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

C. G. Alencar

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 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: 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

