

P0162

UNICARASSU
FATURADO

() Sala Vermelha

05.802-4170001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2014
Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 B1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIBO

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Minuti a coordonator, VITAM de Apus.

 Legenda pe nota, 1/2 1/3. Măd

 Până la 100% de 100%. Măd

 100% de 100% de 100% de 100%,

 MIF. Deține pe un număr de 100%,

 100% de 100%, Până la 100% de 100%

 Până la 100% de 100% de 100% de 100%

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

a) : umstürzte beim Gehen. Rk, keine
Plaques.
Rk = Interm. L. 4/4 (1)

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumatólogo - Ortopedia
CRM: 55075 / CTEOT 16143

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

1. $\text{P} \rightarrow \text{P} + \text{ADP} + \text{H}_2\text{O}$
 2. $\text{P} \rightarrow \text{P} + \text{ADP} + \text{H}_2\text{O}$
 3. $\text{P} \rightarrow \text{P} + \text{ADP} + \text{H}_2\text{O}$

DESTINO:

~~UPA IGARASSU~~
~~IMORTALIZAÇÃO~~

CV: 20

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

(☒) TRANSFERÊNCIA LOCAL: FMV SENHA: 5650102
(☐) ÓBITO Data: / / ÀS H. (☐) ATESTADO DE ÓBITO (☐) SVO (☐) IMI

S _____
Dr. Eduardo Krig Carvalho
Medicina - Ortopedia
CRM 13079

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____. HORA: ____:

NOME LEGIVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 11 209

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

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/03/2019 22:12

Nome Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/10/1964
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: P0162
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/03/2019 22:15 - 28/03/2019 22:18

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TCE+ TRAUMA EM MMII + MMSS

Observação: NEGA ALERGIA
HAS+
DM-
ACIDENTE DE MOTO.
VITIMA DE ATROPELAMENTO
TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS
Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- HGT: 115.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG

28/03/2019 às 01:25h

Paciente estável, segue em remoção para
LAMA na ambulância de urgência

Roberta P. S. M. *[assinatura]*
COREN: 412.157-23

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/03/2019 22:18

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

5650902

Nome do Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA IDENTIFICAÇÃO JOAO LUIZ DA SILVA Idade: 54a

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paciente vítima de acidente de trânsito por moto, no dia 10/03/2019, em uma via pública, com lesões múltiplas, sendo a mais grave uma fratura de fêmur direito, com deslocamento e fragmentos expostos.

Hipótese Diagnóstica: fratura de fêmur direito, com deslocamento e fragmentos expostos.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

RECIFE-PE

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
 Abertura Ocular a Voz 3
 Abertura Ocular a dor 2
 Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
 Confuso 4
 Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
 Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
 Localiza Estímulo Doloroso 5
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4
 Descorticação 3
 Descerebração 2
 Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
 Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃOPresença de sangramento externo: S ☒ N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGASUsou álcool: S ☒ N () Informante: Vítila () Outros ()

Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítila () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaina () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S ☒ N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S ☒ N () Analgesia: S () N ()Infusão de Fluidos: S ☒ N () Especificar: RLVolume de Fluidos Infundido: 1600 mlOutras Condutas: CCFALOTINACurativos

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIAtransfêrência cirúrgica**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**Hospital para onde foi encaminhado: HIA

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒Hora: 23:2028/3/19
Local e data

Dr. Eduardo Kyro Carvalho
 Traumatologia - Ortopedia
 CRM 15075 / TCE 14144
 Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Box Vista - CEP: 50.060-010

24787-06

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOAO LUIZ DA SILVA			6 - Nº Prontuário	124276
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706003811255146	05/10/1964	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, - JANGA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53435970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM PERNA DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGIÃO PALMAR DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
 CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 ANAMNESE+EXAME FÍSICO+IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO PERONIO [FIBULA]	S824	V 2000	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
2	(X) CNS () CPF	980076278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	29/03/2019	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

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

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)

AIH
 261910215464-7

05.802.497/0001-13
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 JUL 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

WIA Hospital Miguel Arraes
 Assinatura: E.S. Souza
 CPF: 333.274.163-00

Código do Laudo: 471238

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
Idade: 54a 5m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 05/10/1964
Profissão: Escolaridade: Telefone: 31819859 CEP: 53435970
R.G.: 2674343 C.P.F.: 40117600482 - JANGA - PAULISTA - PE
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEI
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 29/03/2019 04:15
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA 21
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Numero: 04 04 19
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 31/03/19 Hora da Alta: 6 : 00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: X Ex Exatidão de Exatidão (10)
Diagnóstico Principal.....: Brn Lendigas Clônicas
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: LC + DC + Sutura.
Dr. Max Félix
MÉDICO
CRM: 1075 / CRM-MA 10405
Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.
Em _____ de _____ de 5. 03. 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Data e hora retirada da senha: 29/03/2019 02:04



Nome Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente: 124276
Data de Nascimento: 05/10/1964
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: 0007
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 471238
SAME: 111068



Período: 29/03/2019 02:44 - 29/03/2019 02:47

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATA QUE NAO LEMBRA DO ACIDENTE, APRESENTA LESAO EXTENSA EM REGIAO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 115.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 190.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Obs: Fratura tibia

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local
Enfermeiro

REVISADO
NEG! : : : : A

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2019 02:47

Atendimento: 471238

Senha da Classificação:

0007

Data e Hora: 29/03/2019 02:10

Paciente: 124276 JOAO LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO, --

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

02 ES

Queixa Principal

Prontidão de amputação no útero de 8 horas
esperando para fazer a cirurgia (D) e amputação (E). Não há dor
ou desconfortos

Exame Físico

BBZ pupilo, loto, refra ten injetado bebido Alcoolico

Hipótese Diagnóstico

Fo 16 Fibula 2) e Elmeto em abdome (E)
exposto (furoto em pino)

Prescrição Médica

- 1) Tumor do fôco is r-o-o
- 2) Cateterismo 1g + AD EU Agns
- 3) SAT VAT
- 4) Higienização
- 5) Rx controle

Flávia Guedes
(CRM 26659)

Dr. Flávia Guedes
Médico
CRM 26659

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41
TRAC - SECRETARIA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)**ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a dor 2

Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Víctima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: RL

Volume de Fluidos Infundido: 1000 ml

Outras Condutas: CEFALOTINA

CURATIVOS

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

translado cirurgico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HHA

Médico Regulador: _____

Hora: 23.30

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

28/1/19

Local e data

Dr. Eduardo Krug Carvalho

Traumatologia Ortopedia

CRM: 12075 - TEOR 14144

Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/11/2019

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

Dr. Luiz Roberto Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039

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

Página.: 0001

Data.....: 29/03/2019

Hora.....: 09:50

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 55532	Sala : 0002	SALA 02	
Paciente : 124278	JOAO LUIZ DA SILVA		Atendimento : 471238
Convênio Atend. : 2	SUS - EXTERNO / URGENCIA		Carteira :
Leito : 791	VERMELHO EXTRA-29		Idade : 54 Anos
Dt. Início : 29/03/2019 08:50	Dt. Fim : 29/03/2019 09:40		
Cid Pré-Operatório : S824	FRATURA DO PERONIO (FIBULA)		
Cid Pós-Operatório : S824	FRATURA DO PERONIO (FIBULA)		

Procedimentos

Procedimento: 0401010058	EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 002	SUS - EXTERNO / URGENCIA
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	18863	FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA	3702	CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA
INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURA
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
1º AUXILIAR: DR ÍCARO MÔLIM
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
LAVAGEM EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0.9% DO FERIMENTO EM FACE LATERAL ALTA DA PERNA DIREITA
4. DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DO FERIMENTO
5. SUTURA DE FERIMENTO
6. SUTURA DE FERIMENTO
7. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Ícaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 29/3/2019 DATA DA ALTA 30/3/19

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de Fêmur (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: LC + OL + Gesso

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia (Trauma)
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Retorno em 15 dias

Dr. Max Peix
MÉDICO
CRM 17051 - PE

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.065-010
 RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
TARCISIO LOPEZ DA SILVA

DOC. CONTADOR / ROL. CATEGORIA / UF
2107025540000 MEI PE

CPF
047.171.804-35

DATA NASCIMENTO
08/11/1982

ENDEREÇO
VARELEO LOPEZ DA SILVA
MARIA DO CARMO DA
SILVA RANÇO

PROFISSÃO
[]

ACD
[]

CEI
[]

AB
[]

Nº REGISTRO
04874329657

VALIDADEZ
01/12/2019

1ª EMISSÃO
03/02/2010

INSCRIÇÃO
A

Exerce Ativ. Remunerada

Tarcisio Lopez da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE PE

DATA EMISSÃO
03/12/2014

Lib. [Assinatura]

ASSINATURA DO EMISOR

47074414488
P0063109019

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDAS EM TODAS
AS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1017548108

PARABENS PLASTIFICAR
1017548108

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2015

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429444 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM FACE E ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍBULA (LAVAGEM CIRÚRGICA, DEBRIDAMENTO E SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO LUIZ DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
 Profissão: REPOSITOR
 Identidade: 2.674.343
 Endereço: RUA: ESPERANÇA Nº 4 BOIS LEOPOLDOS CPF: 401.376.004-82

OUTORGADO:

Nome: FARCISO LOPES DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
 Profissão: AUTOMOTORISTA
 Identidade: 230762554190 CPF: 642.373.824-35
 Endereço: RUA: FERNANDA DE GREGORI DE ARAUJO Nº 405

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a CENTAURO SEGURADORA S/A, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, junto ao Banco do Brasil, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

JOÃO LUIZ DA SILVA : Data do Sinistro 28-03-2019
 Local e Data: RECIFE, 09-07-2019

CARTÓRIO
DE CASA
AMARELA

[Assinatura manuscrita]

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Anexar cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do outorgado.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
 Rua Espírito Santo, 111 - São Francisco - Recife/PE - CEP: 50030-000 - Fone: (081) 3444-1111
 Tabelão: Maria da Conceição da Costa Lima
 Reconheço por autenticidade a firma indiciada de
JOÃO LUIZ DA SILVA
 que confere ao padrão reg. nesta servente. Dou fé.
 Recife, 09 de julho de 2019 12:11:22

Em testemunho
 Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
 Selo: 0073890 GC-06201801.03406
 Fone: (081) 3444-1111 - Fone: (081) 3444-1111

[Assinatura manuscrita]

Distrito de Casa Amarela

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 JUL 2019
 Rua da Aurora, 101 17º, 51 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

Número do Sinistro: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

CPF: 401.176.004-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/07/2019
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA
CPF: 047.371.824-35

TARCISIO LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

CPF: 401.176.004-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TARCISIO LOPES DA SILVA : 047.371.824-35

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

JOAO LUIZ DA SILVA : 401.176.004-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA
CPF: 047.371.824-35

TARCISIO LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190429444**

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

RM do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **João Luiz da Silva** CPF: **403.176.004-82**
Profissão: **REPOSITOR** Endereço: **RUA: ESPERANÇA** Número: **4** Complemento: **CASA**
Bairro: **DOIS UNIDOS** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **52360-796**
E-mail: Tel (DDD): **(85) 99858-6350**

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

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

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

☒ CONTA POUPEIRAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0802** **9** CONTA: **92.621** **3** AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: Local e Data, **Recife,**
Nome: **João Luiz da Silva**
CPF: **403.176.004-82**

(*) Assinatura de quem atua A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

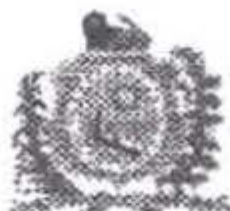
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:
CPF: **05.802.494/0001-41**
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS
2ª | Nome: **15.111.2019**
CPF:
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 7
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124000854

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2019** às **11:46**

Complementa o BO Número: 19E0124000851

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 28/3/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 1 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DO PONTE DO PAU AMARELO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO LUIZ DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na perseguição da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA
ARCANJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1964
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2874343/909/PE (RG).
40117000482 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:
- 336746684**

**Endereço Residencial: RUA DA ESPERANÇA, 4 - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO**

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUN 2019

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

VEÍCULO MOTOCICLETA, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTI DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA Nº 9- 888033 PARA A UPA DE IGARASSU ATENDIMENTO Nº 1987887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ANNAES Cód. ATENDIMENTO: 471241, HOVE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 31/03/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

João Luiz da Silva
JOÃO LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIQUEIRA DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **351952-8**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

25/06/2019 11:38



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124000851

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/06/2019 às 11:30

Complementado pelo BO Número: 19E0124000854

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 29/3/2019 às 20:00

**Fato ocorrido no endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 81 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -
Ponto de Referência: PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO
Local do Fato: VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO LUIZ DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 5/10/1964
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2674343/0DS/PE (RG).
40117600482 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:
- 989746864**

**Endereço Residencial: RUA DA ESPERANÇA, 84 - CEP: 55060-000 - Bairro: DOIS UNIDOS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO**

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DE
VEÍCULO MOTOCICLETA, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO
MOTOCICLETA**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: NÃO**

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?i...>

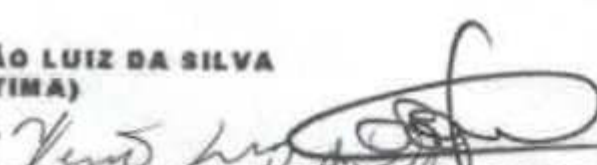
Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

Complemento / Observação

.....
INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTI DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA Nº 9- 888888 PARA A UPA DE IGARASSU ATENDIMENTO Nº 1867887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS Cód. ATENDIMENTO: 471241, HOVE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 21/02/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

JOÃO LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

X 
B.O. registrado por: **ANTÔNIO SÍMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: 381852-0

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 JUL 2019

Rua da Aurora, 117, 31, 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

RM do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **João Luiz da Silva** CPF: **403.176.004-82**
Profissão: **REPOSITOR** Endereço: **RUA: ESPERANÇA** Número: **4** Complemento: **CASA**
Bairro: **DOIS UNIDOS** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **52360-796**
E-mail: Tel (DDD): **(85) 99858-6350**

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0802** **9** CONTA: **92.621** **3**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: _____
Local e Data, **Recife,**
Nome: **João Luiz da Silva**
CPF: **403.176.004-82**

(*) Assinatura de quem atua A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: **05.802.494/0001-41**
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS
2ª | Nome: **15.111.2019**
CPF: _____
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 7
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 18.05.2019.
EM: 21.05.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **JOÃO LUIZ DA SILVA, RG Nº 2.674.343 - SDS - PE, CPF Nº 401.176.004-82**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 608093** do dia **28 de março de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 20hs e 00min, vítima de atropelamento, na Av. Claudio Gueiros Leite, S/N, Pau amarelo - Paulista, nas proximidades da COMPESA, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.



Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

2000-2001

RISULTATO DA ANALISI COMPARATIVA

10/20/96 11:21 AM 10/20/96

DOI: 10.1002/eqm2

2009-2010 144 P
CALIFORNIA

LEE CHENG
STUDY

81. FRENCH, J. A.
NORMAN, J. A.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 101–107

Conclusions

MP DA NOTA FINAL	NOTA	QUESTÃO
------------------	------	---------

502643-018

036415

2000-2001

25532019

18/04/2018

INSTRUMENT: 30105412 DATE: 2001.0

2146

Copyright © 2004
 Printed by John Wiley & Sons, Ltd.
 www.interscience.wiley.com

QUANTITY	PRICE PER	TOTAL (\$)
100	1.00	100.00
200	0.95	190.00
300	0.90	270.00
400	0.85	340.00
500	0.80	400.00
600	0.75	450.00
700	0.70	490.00
800	0.65	520.00
900	0.60	540.00
1000	0.55	550.00

1997-2000	9,782,000	100.00
2001-2004	11,782,000	120.50
2005-2008	13,782,000	140.90

See CD

TOTAL TIME: 40 MIN.

Nº DO MEDICOR	Nº DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIA	CONSTANTE	A. A. S. T. S.	CONSUMO (MIL)
		DIA	LEITURA	DIA	LEITURA				
201314402	270	24/04/2014	76,40	24/04/2014	76,40	30	1,0000		19,40

[illegible]

Figura 1. Evolución de la producción de carne de cerdo en España (1980-1999). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Producción Agropecuaria (EPA) de España, publicada por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

**WORLD'S LARGEST
CONCRETE PUMP**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

15 JUL 2015
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

75072-21

CONCEPTO	MES/AÑO	FECHA DE VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR (P)
----------	---------	----------------------	-------------------

CONTRATO	MESAJE	FECHA DE VENCIMIENTO	VALOR
2019/03/2019		2019/03/2019	214,68

83850000002-4 14880011002-6 00358101810-3 18602489753-5



Banco XXX-0
 Número do Documento 47474
 Data de Emissão 12/08/2019
 Agência 1840132228
 Valor do Documento 50,00
 Data de Vencimento 12/08/2019
 Valor do Documento 50,00
 Data de Vencimento 12/08/2019
 Valor do Documento 50,00

XXX-0
 Lote de Pagamento
 LOTA RS INFORMÁTICA
 Beneficiário
 KIS NET
 Data Doc. 02/08/2019
 Número Doc. 47474
 Espécie Doc. CH
 Fiquete HS
 Data Processamento 02/08/2019
 Valor 50,00
 Instruções de pagamento: Qualquer dúvida sobre este boleto, consulte o beneficiário.
 APÓS O 5º DIA DO VENCIMENTO O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO AUTOMATICAMENTE.
 PAGAMENTO APENAS EM NOSSA LOJA (RS INFORMÁTICA)
 OBS: A FÉRIAS DO CARRÉ ACABETARIA O CUSTO DE R\$ 5,00 (CINCO REAIS) PARA REIMPRESSÃO DO MESMO.

Referente ao mês JUL/2019
 Pagador
 TARCISO LOPES DA SILVA - CPF: 047.371.11-13
 RUA: EULONIA NEGREIRO DE ARAUJO 418 - MACAENHA - - DE 1994 AO FIM - LADO PAR
 RECIFE - PE - 52091-009
 Pagador/Cliente

Agência/Código 1840132228
 Nome/Número 1840132228
 Valor do Documento 50,00
 Data de Vencimento 12/08/2019
 Valor 50,00



Autenticação Mecânica
Ficha de Compensação

5000007979-4

5.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Tarcísio Ldu da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.373.834 / 35
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Luiz da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 403.176.004 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidar da vítima
João Luiz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.176.004 / 82 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: ERLINDINA NEGREIROS DE ARAÚJO</u>		Número <u>405</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>MACAIEIRA</u>	Cidade <u>PACIFE</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53091-078</u>
Email <u>tarcisio1984@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99858-6352</u>

PACIFE 15 de 07 de 2019
Local e Data

Tarcísio Ldu da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE