

10.393.579 20/06/2016
TAINARA DA SILVA BATESTA >>
>> JOÃO BATISTA CAITANO >>
>> GLÓRIA MARIA DA SILVA >>
OROBÓ - PE
04/01/2000
JARDIM-PE 25.01.2000
04/01/2000

Cursos de alta potencia e inteligencia

Gratias agimus tibi, amor meus

JANUARI

Banco da Brasil

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 70

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

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

[illegible]

012001772145

IL MARCHIO DI SEGURO DAVANT

2007年12月10日 星期三 12:00

Entre o O Bito Sul-Sete do Instituto OPVAT para mais informações, ligue no Verão as condições gerais de cobertura

www.opvato-seguros-trasfite.com.br

OPVAT OPVAT 0800 902 1264

[illegible]

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

W-012801772143

上海出版

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VINCULO

SCIENTIFIC INFORMATION

002400112876341000

[illegible]

1961 100

[illegible]

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

1994年 第4期

Q. 1. A person is standing on a platform. A train is moving past him. The person on the platform sees the train moving. The person on the train sees the platform moving. Explain why.

06-04-01-21

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9.º 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RECIFE-PE

08R-35

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA

9.686.862

ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA >>

>> JOÃO JOSÉ DE LIMA >>

>> ROSIETE MARIA DOS SANTOS LIMA >>

OROBÓ - PE

075095 01 55 1997 1 00014 131

0014635 72 OROBÓ-PE

123.056.694-09

21/04/1997

20/06/2016

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

121.056.694-09

Nome

Elias João dos Santos Lima

Nascimento

21/04/1997



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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: 3180560403 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 26/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA , CONTUDO SEM LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO

Resultados terapêuticos: APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180560403 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 26/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	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: 3180560403 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 26/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180560403 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA **Data do acidente:** 26/12/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 ombros	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: 3180560403

Cidade: Orobó

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA

Data do acidente: 26/12/2016

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA , CONTUDO SEM LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO

Resultados terapêuticos: APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: TAINARA DA SILVA BATISTA

Nº Sinistro: 3180560403

Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 26/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180560403**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13652204



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180560403

Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 26/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAINARA DA SILVA BATISTA

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

Documentação médico-hospitalar

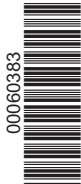
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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





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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180560403 **Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA**

Data do Acidente: 26/12/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00207/00208 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14243602

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180560403 Vítima: TAINARA DA SILVA BATISTA

Data do Acidente: 26/12/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TAINARA DA SILVA BATISTA

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **086.538.804-02** Nome completo da vítima: **Tainara da Silva Batista**
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012
 Nome completo: **Tainara da Silva Batista** CPF: **086.538.804-02**
 Profissão: **agricultora** Endereço: **Rua Profeta da** Nº: **40** Complemento: **Casa**
 Bairro: **Manoel de Aguiar** Cidade: **Ororó** Estado: **PE** CEP: **55.745-000**
 E-mail: _____ TEL/DDD: **(81)** **99938-8886**

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

RENDA 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **Banco do Brasil**
 AGÊNCIA: **2369** **8** CONTA: **20561** **3**
(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.

Fato motivo atestado, 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 conciliação 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
 Falecidos: _____
 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.

Imprescindível
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não alfabetizado
 Local e Data: **Ororó - PE, 19/11/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **X Tainara da Silva Batista**
 Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º Nome: _____
 CPF: **05.802.494/0001-43**
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
 Assinatura
 2º Nome: **28 NOV 2018**
 CPF: _____
 Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

Agência : 32301413-AC DROBO
Terminal: 99340953 Id.Trx.: 118357
Nro Aut.: 092838 Caixa : 88925102
Data : 22/02/2018 Hora : 09:28
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL
5757803923 0087

SAC BB 0800 729 0722
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: TAINARA DA SILVA BATISTA
AGÊNCIA: 2363-8 CONTA: 20.561-3

DATA	22/02/2018
NR. DOCUMENTO	57.578.039.230.087
VALOR DINHEIRO	20,00
VALOR TOTAL	20,00

NR. AUTENTICAÇÃO 4.1A5.0C7.F85.F3F.218

conta corrente

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180560403
Nome do(a) Examinado(a): Tainara da Silva Batista
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projetada, 10
Manoel Aprigio Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 10393579
Data local do acidente: [26/12/2016]
Data local do exame: [07/05/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZOU OSTEOSSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS

Complicações: NÃO HOUVE

Data da Alta: 10/2016

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, CONTUDO SEM LIMITAÇÃO DE ADM DO OMBRO

- IV. Nexos de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☐ () Sim ☒ (X) Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☒ (X) "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Saúde SEG
Dr. Galdino Leonardo
CREMEPE 17777 - TEST 13221



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0211000059**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2017** às **15:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/12/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, RODOVIA PE 58, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ/PE - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO RESTAURANTE COLINAS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)
TAINARA DA SILVA BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28/01/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

TAINARA DA SILVA BATISTA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: GLORIA MARIA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA CAETANO Data de Nascimento: 4/1/2006 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10393579/SDS/PE (RG). 08653880402 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995360613

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 04 - CEP: 50050902 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSIETE MARIA DOS SANTOS LIMA Pai: JOAO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 21/4/1997 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9626882/SDS/PE (RG). 12105669409 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995360613

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 04 - CEP: 50050920 - Bairro: OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJU0961** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **905867659** Chassi: **9C2KC08507R037524**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA O AUTOR QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE TAINARA DA SILVA BATISTA, PELA RODOVIA PE 55, NO SENTIDO OROBÓ/BOM JARDIM, NA ALTURA DO SÍTIO LAUREANO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO AO PASSAR POR DENTRO DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO CAINDO AS MARGENS DA VIA JUNTAMENTE COM A VITMA, CAUSANDO LESÕES E ESCORIAÇÕES NOS DOIS OCUPANTES. AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE O AUTOR FOI LIBERADO E TAINARA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

TAINARA DA SILVA BATISTA

(VITIMA) *Tainara da Silva Batista*

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA

(AUTOR \ AGENTE) *Elías João dos Santos Lima*

B.O. registrado por: **ROBERTO JOSE DA SILVA** - Matrícula: **156923-6**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ -
DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0211000110

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2017 às
14:33

Complementa o BO Número: 17E0211000059

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/10/2016 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, RODOVIA PE 88,
SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ/PE - Bairro: CENTRO -
OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
RESTAURANTE COLINAS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)
TAINARA DA SILVA BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

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

TAINARA DA SILVA BATISTA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mês: GLÓRIA
MARIA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA CAETANO Data de Nascimento: 4/1/2000 Naturalidade:
OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 18383678/005/PE (RG), 88663888-402
(CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 88663888-402

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 4 - CEP: 50050-002 - Bairro:
CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ROSIETE MARIA DOS SANTOS LIMA Pai: JOAO JOSE DE LIMA Data de Nascimento:
21/4/1987 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 88663888/005/PE
(RG), 12185688-409 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO

Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 996388613
Motivo da Viagem: OUTROS

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):
ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): ELIAS JOAO DOS
SANTOS LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KID9961 (PERNAMBUCÃO INFORMADO) Renavam: 999927658 Classe:
9C2K025507R027624
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2007 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

RELATA O AUTOR QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA
MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE
TAINARA DA SILVA BATISTA, PELA ROBOVIA FE 42, NO SENTIDO OROSO/NOSSO
JARDIM, NA ALTURA DO SÍTIO LAUREANO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO AO PASSAR
POR DENTRO DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO
VEÍCULO CAIU NA MARGEM DA VIA JUNTAMENTE COM A VITIMA, CAUSANDO
LESÕES E ESCORIAÇÕES NOS DOIS OCUPANTES. AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR
POPULARES AO HOSPITAL NESTA CIDADE E POSTERIORMENTE O AUTOR FOI
LIBERADO E TAINARA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL STAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL
PERNAMBUCANA, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.

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

TAINARA DA SILVA BATISTA
(VITIMA)

Tainara da Silva Batista

B.O. registrado por: ROBERTO JOSÉ DA SILVA - Matrícula: 120022-8



00.001.404/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0211000059**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2017** às **15:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/12/2016** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, RODOVIA PE 88, SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ/PE - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO RESTAURANTE COLINAS**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)
TAINARA DA SILVA BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 Mar 2018
Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Jardim Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

TAINARA DA SILVA BATISTA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: GLORIA MARIA DA SILVA Pai: JOAO BATISTA CAETANO Data de Nascimento: 4/1/2000 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10393579/505/PE (RG), 08653880402 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995360613

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 04 - CEP: 50050902 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSIETE MARIA DOS SANTOS LIMA Pai: JOAO JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 21/4/1957 Naturalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9686862/505/PE (RG), 12105689409 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 995360613

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 04 - CEP: 50050920 - Bairro: - OROBÓ/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIU0961** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **905967659** Chassi: **9C2KC08507R037524**
Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA O AUTOR QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE TAINARA DA SILVA BATISTA, PELA RODOVIA PE 88, NO SENTIDO OROBO/BOM JARDIM, NA ALTURA DO SÍTIO LAUREANO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO AO PASSAR POR DENTRO DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO CAINDO AS MARGENS DA VIA JUNTAMENTE COM A VITMA, CAUSANDO LESÕES E ESCORIAÇÕES NOS DOIS OCUPANTES. AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE O AUTOR FOI LIBERADO E TAINARA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

TAINARA DA SILVA BATISTA

(VITIMA) *Tainara da Silva Batista*

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA

(AUTOR \ AGENTE) *Elías João dos Santos Lima*

B.O. registrado por: **ROBERTO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **156923-6**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ -
DP121ªCIRC DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0211000110

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/03/2017 às
14:33

Complementa o BO Número: 17E0211000059

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 2/10/2016 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, RODOVIA PE 22,
SÍTIO LAUREANO, ZONA RURAL DE OROBÓ/PE - Bairro: CENTRO -
OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO
RESTAURANTE COLINAS
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)
TAINARA DA SILVA BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA

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

TAINARA DA SILVA BATISTA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mês: OLIVIA
MARIA DA SILVA Pat: JOAO BATISTA CANTANO Data de Nascimento: 4/1/2008 Nacionalidade:
OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10202679/SSO/PE (RG), 8866222462
(CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 986260643

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: RUA CORONEL ANTONIO DE MOURA, 4 - CEP: 50850-902 - Bairro:
CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL

ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ROSIETE MARIA DOS SANTOS LIMA Pat: JOAO JOSE DE LIMA Data de Nascimento:
21/4/1957 Nacionalidade: OROBÓ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8866222462/PE
(RG), 12106662409 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:

- 996388613

Motivo da Vítima: OUTROS

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **ELIAS JOAO DOS SANTOS LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KI08861 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **996837659** Chassi: **9C2KCB5697R037624**

Ano Fabricação/Modelo: **2006/2007** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA O AUTOR QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JÁ CARACTERIZADA, TRANSPORTANDO NA GARFUPA A PESSOA DE TAINARA DA SILVA BATISTA, PELA ROBOVIA PE 22, NO SENTIDO OROSO/BOM JARDIM, NA ALTURA DO SÍTIO LAUREANO, NESTE MUNICÍPIO, QUANDO AO PASSAR POR DENTRO DE UM BURACO NO ASFALTO, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO CAINDO AS MARGENS DA VIA JUNTAMENTE COM A VÍTIMA, CAUSANDO LESÕES E ESCORIAÇÕES NOS DOIS OCUPANTES. AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES AO HOSPITAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE O AUTOR FOI LIBERADO E TAINARA FOI REMOVIDA AO HOSPITAL GYAVIO DE FREITAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA.

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

TAINARA DA SILVA BATISTA
(VÍTIMA)

Tainara da Silva Batista

B.O. registrado por: **ROBERTO JOSÉ DA SILVA** - Matrícula: **156823-8**



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAR 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NR 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:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ 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 (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

☐ 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 (ou 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: ☐ Sim ☐ Não

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 não alfabetizado

Local e Data: Orbeto-PE, 19/11/2018.

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Tamara da Silva Batista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Assinatura

2ª Nome:

CPF:

28 NOV 2018
Rua da Aurora, Nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



RESOLUÇÃO: () ALTA () OBSERVAÇÃO () ADMISSÃO () TRANSFERÊNCIA	Via pública	Exata
	Demissão	Certo
	Ambiente de trabalho	Ótimo

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tainara da Silva Batista

RG nº 10.393.579, data de expedição 20/06/2016 órgão SAS-PE

CPF nº 086.538.804-02 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetada</u>
Número	<u>10</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Marcel Azeiteiro</u>
Cidade	<u>Ondara</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99938-8886</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ondara - PE, 19/11/2018.

Assinatura do Declarante: X Tainara da Silva Batista

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 105000964 OUT/2018	
TAINARA DA SILVA LATTISA			
R PROJETOIA 1, N. 00010 - HANGUÁ, APOKIGIO OROBO PE 55745-000			
INSCRIÇÃO: 067.810.387-0025, INM 5PL 0.7 BEB AUTOMÁTICO: 105020064			
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO EGGGYS	RESCOMPA, TÉCNICA	DE CARGAS, PERÍODOS
LIGAÇÃO	POTENCIAL	1	
HIDRÔMETRO:	DATALEIT. ANTERIOR	DATALEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A-E)
A27U14055.1	01/10/2018	30/10/2018	REAL

PARAMETROS	NUMERO DE ANÁLISIS		
	EXIG. PORT. MD 2-914/11	ANÁLISIS REALIZ.	ATENCIÓN A LEGISLACIÓN
TURBIDEZ	14	14	14
COR APARENTE	14	14	14
CLORO RESIDUAL	14	14	14
KOLÍF. TOTALES	14	14	14
FE. COLI	14	14	14

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	1 M3	5,65
MUTUA V/IMPOSTABILIDADE 09/2018		0,22

INSTRUMENT	DATE OF PURCHASE	DATE OF SALE	AMOUNT PAID
100	8.65	1.65	0.14
100	8.65	7.60	0.68

VENCIMENTO: 15/11/2018 TOTAL A PAGAR: 8,87

5. IDENTIFICANDO A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 42,40, REQUERENTE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVARÃO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



GEANE DA SILVA COUTINHO
RUA DA ALEGRIA, 317, CASA
CENTRO
55700-000 - LIMOEIRO - PE

Accession: 01 10935-6990

IMPORTANTE PARA GÉNE

Il Moto e l'Esodo in Valpurga

Services

 Wavante TIM Controls Light Plus

1000

1000-0000

DE LA ABONO CESSIMO DA SUA CONTA

NEW ALIENES

Keywords: child abuse; child sexual abuse; child sexual exploitation; child sexual abuse material

Estimote-YM Controls Light Plus: 81289388886

0161-8047/96/0005-0000\$05.00/0

THE SERVICE TOP

TIME SAVED: Virtual

4644

www.hydro.com

1997/1998

46,999

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP- 50.063-010
RECIFE-PE

RECIFE-PE

TIME

Page 1 of 1

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

WINE NO. 001.751.060-00

Av. Ayrton Senna da Silva, 1632 SL Al. Jaboatão dos Guararapes PE
CNPJ: 04.206.050/0002-45 - I.E.: 31069870

EMISSÃO: 07/10/2018
REFERÊNCIA: OUT/2018
PERÍODO: 07/09/2018 A 06/10/2018
CNPJ: 3.303

ENDEREÇO FISCAL
GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 02954879453
RUA DA ALFÂNIA, 317, CASA
CENTRO
35.760-000 - LIMCEIRO - PE

CONTINUED FROM PAGE 101

[illegible]

UFFICIO: 02/76000000
VIA DA ALGERIA, 317, CASA

CENTRO

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1	1	30%	3,650%	30,10
				TOTAL TMI: 30,10

2006

Use to calculate π_{max}

AUGUSTINE JONES
AUGUSTINE J. JONES

and the "new" and "old" world.

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 101–107

IMPACTO TM	ALQUOTA	BASE DE CALCULO	VALOR	PJCT	R\$ 0,00	R\$ 0,00	Imposto sobre Propriedades Territoriais e Veiculos
IMC	30%	R\$ 30,19	R\$ 9,06	IMPTTL	R\$ 0,00	R\$ 9,06	Imposto sobre Propriedades Territoriais e Veiculos
IMC/MS - Servicos Telecom	1,60%					R\$ 0,00	
IMC/MS - Servicos Mto Telecom	0,25%					R\$ 0,00	
						R\$ 0,00	

Em 09 de Junho de 2012, às 13:55:20

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA DIGITAL TIM

Mude para Conta Digital! Você receberá sua fatura por e-mail, SMS e ainda poderá visualizá-la, a qualquer momento, pelo App ou Site Meu TIM. Acesse o App ou visite meutim.com.br para mudar para Conta Digital!

Você pode ver sua conta desativada sempre que quiser, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessar, visite www.apptim.com.br ou seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056.

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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/biblioteca/web/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 Geane da Silva Batista inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tamara da Silva Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.538.804 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da Vítima Tamara da Silva Batista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.538.804 / 02, 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 da Alegria</u>		Número <u>317</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>Limoeiro</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55.700-000</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99938-8886</u>

Limoeiro PE de 19 de novembro de 2018
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

Geane da Silva Batista
Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elias João dos Santos Lima,
RG nº 9.686.862, data de expedição 20/06/2016
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 121.056.694-09, com
domicílio na cidade de Orobo, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Coronel Antônio de Moura, nº 04,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Tainara da Silva Batista, cujo o condutor era
Elias João dos Santos Lima.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 Titan ES
Modelo: 2007
Ano: 2006
Placa: KIU-0961
Chassi: 9C2KC08507R037524
Data do Acidente: 05/10/2016
Local e Data: Orobo, 03 de Fevereiro de 2017.

X ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA
Assinatura do Declarante

X ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 MAR 2019

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Elias João dos Santos Lima

RG nº 9.686.862, data de expedição 20/06/2016

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 121.056.694-09, com domicílio na cidade de Orobo, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Coronel Antônio de Moura, nº 04,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Tainara da Silva Batista, cujo o condutor era

Elias João dos Santos Lima

Veículo: motocicleta Honda CG 150 Titan ES

Modelo: 3007

Ano: 2006

Placa: KIU-0961

Chassi: 9C2KC08507R037524

Data do Acidente: 05/10/2016

Local e Data: Orobo, 03 de Fevereiro de 2017

X ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA

Assinatura do Declarante

X ELIAS JOÃO DOS SANTOS LIMA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
HOSPITAL SEVERINO TÁVORA
RUA 10 DE JANEIRO N 17-1 ANDAR-CEP-55745000-OROBÓ-PE
C.N.P.J. 10.605.798 0001-59 FONE FAX: 081 36561124

NE 22

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA: 05/01/2016 HORA: 14:20 REGISTRO: 98.559
NOME: Jucilene da Silva
ENDEREÇO: Cidade
Bairro: CIDADE: Orobó REFERÊNCIA: FONE:
NASCIMENTO: 04/01/2000 IDADE: 16 anos SEXO: F COR: Preta
RESPONSÁVEL: Jucilene da Silva
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: Rua
Cidade: Orobó PROFISSÃO:

DADOS DO ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/>	Triciclo	<input type="checkbox"/>
Ônibus	<input type="checkbox"/>	Carrão	<input type="checkbox"/>
Trator	<input type="checkbox"/>	Cadeira	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
IGNORADO		IGNORADO	

05.802.494/0001-93
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28.01.2019

Rua da Aurora, 14-175, SL 902 Blc
Boa Vista - CEP: 55100-000
RECIFE-PE

EXAME FÍSICO:

RA PC RPM TEMP HGT

ⓔ Sem alteração

nao tendo imagem

fratura anexo fechada

nao tendo imagem

Espantamento	Agredido
Outros	Outros
IGNORADO	IGNORADO

ACIDENTE DE TRABALHO

Construção civil	Agricultor
Indústria	Comercio
Outros	IGNORADO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura: 5016 454

PROCEDIMENTOS:

hospital. por meio.

+ traumatismo ortopédico

Arma de fogo	Enferm
Drugs	Drugs
Queda de nível	Outros

QUAIS TIPOS DE ATITUDE:

Intoxicação alimentar	Quem
Queda acidental	Outros
Quem	IGNORADO

Dr. Wagner Silva de Souza
CRM-PE 21000
CRM-SP 167903

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

Via pública	Trabalho
Doméstica	Outros
Outros	IGNORADO

RESOLUÇÃO: () ALTA () OBSERVAÇÃO () ADMISSÃO () TRANSFERÊNCIA

Ambiente de trabalho



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA PEDIÁTRICA

Nome: TATIANA DA SILVA
Reg.: _____ Ent.: _____ Leito: 02-1

DATA DE ENTRADA: 11/11 DATA DE SAÍDA: 19/11

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FWATU
DE UMEHO PIZO

DIAGNÓSTICO FINAL: RAEI - UMEHO
SEM OUTRAS

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)
ATB + FISTOT
AMBULATÓRIO

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE 507AS
PARA CONTROLE EM 11/11 003m

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

116-BSOT

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



HOSPITAL
GERAL OTÁVIO DE FREITAS

SES/PUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado TATIANA DA SILVA
BATISTA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 15 (quinze) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico FRATURAS UNIFEMOR
PROXIMAS

d) Tratamento _____

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

RECIFE 10/10/16
LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.601 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

139-RGOF

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



** SES/FUSAM **
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTO PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: TATIANA DA SILVA (BIA)

PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA HOSPITALAR EM: 11

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: ORTO EM: 11

MÉDICO: DMRMO COM: 15 DIAS.

MOTIVO: _____

RECIFE, 12/10/16

Assinatura do responsável e carimbo

Visto - Chefe do Ambulatório

OBS:

- ESTA FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.
- TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE.
- SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TERHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-1100V

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: FATMA DA SILVA Registro: K

Clinica: BATISTA Procedência:

FISTULA PERMANENTE
NOTAS
20 SESSO

T.C: TRAFÉ - UM FIM
GROUPO 2

Data: 10/10/16


Médico-CRM

075-HOF

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA

NOME COMPLETO: _____

PACIENTE: TATIANA DA

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

DATA: 1 1

236-HGOF

05.802.494/0001-41
CORRETORES

RAÇÃO CORRETO
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



CÍRCULO OPERÁRIO DE OROBÓ
HOSPITAL SEVERINO TÁVORA
RUA 10 DE JANEIRO N 17-1 ANDAR-CEP-55745000-OROBÓ-PE
C.N.P.J. 10.605.798 0001-59-FONE FAX: 081 36561124

Nº 22

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

DATA: 05/10/2018 HORA: 14:22 REGISTRO: 98.984
NOME: Thelma da Silva Pereira
ENDEREÇO: Cidade
BAIRRO: CIDADE: Referência: FONE:
NASCIMENTO: 04/01/2000 IDADE: 18 anos SEXO: F COR: Amarela
RESPONSÁVEL: João da Silva Pereira Responsável - Impossibilitado
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: CIDADE: FONE:
C.SJS: PROFISSÃO:

QUEIXAS:

1. Ombro
2. Braço
3. Mão
4. Dedo

DADOS DO ACIDENTE OU AGRESSÃO

ACIDENTE DE TRÂNSITO

car	mot
<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Atropela
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Colisão
<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Capota
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> IGNOF

EXAME FÍSICO:

PA FC RPM TEMP HGT

ⓔ Sem alteração

nas mãos e braços

fratura osso fechada

nas mãos e braços

AGRESSÃO

car	mot
<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Assalto
<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Ação pública
<input type="checkbox"/> Espancimento	<input type="checkbox"/> Agressão sexual
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros
<input checked="" type="checkbox"/> IGNORADO	<input type="checkbox"/> IGNOF

ACIDENTE DE TRABALHO

origem	
<input type="checkbox"/> Construção civil	<input type="checkbox"/> Agricult
<input type="checkbox"/> Indústria	<input type="checkbox"/> Comerc
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> IGNOF

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura: 5016 454

PROCEDIMENTOS:

Hospital: não muito

traumato ortopédico

AUTOAGRESSÃO

Por	
<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Enforc
<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Queda de nível	<input type="checkbox"/> Outro

OUTROS TIPOS DE ACIDENTE

<input type="checkbox"/> Intoxicação acidental	<input type="checkbox"/> Queim
<input type="checkbox"/> Queda acidental	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Engasgo	<input type="checkbox"/> IGNC

LOCAL DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Escola
<input type="checkbox"/> Domicílio	<input type="checkbox"/> Outro
<input type="checkbox"/> Ambiente de trabalho	<input type="checkbox"/> IGNO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

Dr. Wagner Silva de Souza
CRM-PE: 21000
CRM-SP: 167903

RESOLUÇÃO: () ALTA () OBSERVAÇÃO () ADMISSÃO () TRANSFERÊNCIA

Rua da Boa Vista - CEP 50.050-010
RECIFE-PE

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado TATIANA DA SILVA
BATISTA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico FRATURA UNHA
PROXIMAL

d) Tratamento _____

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

RECIFE 10/10/16
LOCALIDADE/DATA

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 80.501 DE 14-03-87 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



05.802.444/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 B1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.002.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2018

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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



05.802.494/0001-41
SRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 NOV 2019

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

