

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

28/06/2011

RECIFE - PE

ARNOBIO BATISTA DA SILVA

VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES

18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE

028 466.664-58

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

ALCIONE GOMES DA SILVA

18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE

028 466.664-58

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE Nº 013934991547
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD-RENAVAM 1019102648 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
REINALDO NUNES DA PENHA
OLINDA-PE

CPF-CNPJ 351.138.474-53 PLACA CYL 700

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C6M0021070071550

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / LAMIER XT250 ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015

CAP / POT / cil 250 / 249 CL CATEGORIA PARTIC CORP. PREDOMINANTE PISTA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO			1ª *****
FAIXA IPVA 1			2ª *****
			3ª *****

PRÊMIO TANTASMO (R\$) 0,00 KOP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FAPRO OBRIGATORIO

RESERVAÇÃO
AL. FID. BANCO ITAUCARD SA
DOCUMENTO DE CANCELAMENTO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

OLINDA
Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE
DATA 01/03/18

CONTRAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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: 3180468923 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO NUNES DA PENHA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA+LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180468923 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO NUNES DA PENHA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180468923 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO NUNES DA PENHA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA TERÇO DISTAL DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE CONSEGUE MOVIMENTAR O PÉ DIREITO EM TODOS OS MOVIMENTOS, SOMENTE HÁ LIMITAÇÃO EM 25% DE FLEXÃO DE DE PÉ DIREITO. HÁ EDEMA DE 2+/5+ EM TORNOZELO DIREITO. REFERE DOR À MOVIMENTAÇÃO

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FÍBULA TERÇO DISTAL DIREITA(UTILIZADO PLACA E SETE PARAFUSOS) E LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM ALTA MÉDICA EM 4 DE JULHO DE 2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: GUSTAVO CARVALHO ROSAS

CRM do médico: 13685

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180468923 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REINALDO NUNES DA PENHA **Data do acidente:** 27/06/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA TERÇO DISTAL DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE CONSEGUE MOVIMENTAR O PÉ DIREITO EM TODOS OS MOVIMENTOS, SOMENTE HÁ LIMITAÇÃO EM 25% DE FLEXÃO DE DE PÉ DIREITO. HÁ EDEMA DE 2+/5+ EM TORNOZELO DIREITO. REFERE DOR À MOVIMENTAÇÃO

Resultados terapêuticos: FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FÍBULA TERÇO DISTAL DIREITA(UTILIZADO PLACA E SETE PARAFUSOS) E LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM ALTA MÉDICA EM 4 DE JULHO DE 2018.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM TORNOZELO DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: GUSTAVO CARVALHO ROSAS

CRM do médico: 13685

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180468923

Nome do(a) Examinado(a): REINALDO NUNES DA PENHA

Endereço do(a) Examinado(a): R SEVERINA MARIA DA CONCEICAO, 116 - OLINDA/PE - CEP 53240-260

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2440207 - sds pe - 28/07/2004

Data e Local do Acidente : 27/06/2018 - rua rosa silvestre, 01, jardim atlântico

Data e Local do Exame : 28/11/2018 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE FIBULA TERÇO DISTAL DIREITA.

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

FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA FIBULA TERÇO DISTAL DIREITA(UTILIZADO PLACA E SETE PARAFUSOS) E LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO COM ALTA MÉDICA EM 4 DE JULHO DE 2018.

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

PACIENTE CONSEGUE MOVIMENTAR O PÉ DIREITO EM TODOS OS MOVIMENTOS, SOMENTE HÁ LIMITAÇÃO EM 25% DE FLEXÃO DE PÉ DIREITO. HÁ EDEMA DE 2+/5+ EM TORNOZELO DIREITO. REFERE DOR À MOVIMENTAÇÃO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

HÁ LIMITAÇÃO EM 25% FLEXÃO DE PÉ DIREITO.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

TORNOZELO DIREITO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo


Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.
DEAMBULAÇÃO PRESENTE.



GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: REINALDO NUNES DA PENHA

Nº Sinistro: 3180468923

Vitima: REINALDO NUNES DA PENHA

Data do Acidente: 27/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180468923**.

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 13451427



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: REINALDO NUNES DA PENHA
Nº Sinistro: 3180468923
Vitima: REINALDO NUNES DA PENHA
Data do Acidente: 27/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180468923**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: REINALDO NUNES DA PENHA

Sinistro: 3180468923
Vítima: REINALDO NUNES DA PENHA
Data do Acidente: 27/06/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180468923** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima
351.138.474-53

Nome completo da vítima

REINALDO NUNES DA PENHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo REINALDO NUNES DA PENHA		CPF titular da conta 351.138.474-52	Profissão
Endereço RUA SENECA MARIA DA CONCEIÇÃO		Número 116	Complemento
Bairro BULTRINS	Cidade OLINDA	Estado PE	CEP 55240-260
Email			Telefone (DDD) (81) 984887131

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO 0876	D/V 013	CONTA NRO 00081404	D/V 6

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

05/11/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Olinda, 24 de Setembro de 2018.

Local e Data

Reinaldo Nunes da Penha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0116002482**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2018** às **12:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/6/2018** às **06:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ROSA SILVESTRE, 01** - Bairro: **JARDIM ATLANTICO** -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **TERMINAL DE JARDIM ATLANTICO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
REINALDO NUNES DA PENHA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **REINALDO NUNES DA PENHA**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

REINALDO NUNES DA PENHA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE ALVES DA PENHA** Pai: **RENATO NUNES DA PENHA** Data de Nascimento: **3/9/1962** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA SEVERINA MARIA DA CONCEICAO, 116 - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **REINALDO NUNES DA PENHA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REINALDO NUNES DA PENHA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250X** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYL1700 (PERNAMBUCO/OLINDA)**

Complemento / Observação

INFORMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA, OYL 1700, QUANDO UM VEICULO DESCONHECIDO COLIDIU COM SUA MOTO. QUE A VITIMA CAIU NA FAIXA DE ROLAMENTO E FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BO, BEIROS E LEVADO PARA A UPA DE TABAJARA. QUE FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE SANTO AMARO ONDE PASSOU POR CIRURGIA NA PERNA DIREITA.

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

Reinaldo Nunes da Penha
REINALDO NUNES DA PENHA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUCIANO MORAES E SILVA** - Matrícula: **3849490**

05.802.494/08001
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUL 2018

Rua da Aurora, nº 175, 4º andar
Boa Vista - CEP 50.060-410
RECIFE-PE

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

REINALDO NUNES DA PENHA

CPF da Vítima

351.138.474-53

Data do Acidente

27/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

181 99855388

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUL 2018

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

RECIFE-PE

Olinda, 24 de Setembro de 2018

Local e Data

x Reinaldo Nunes da Penha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001006 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(º). REINALDO NUNES DA PENHA FILHO, 35 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 6777794 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.922.934-07, residente à RUA SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO, nº.116, BULTRINS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 27/06/2018, por volta das 06:50 hs, no endereço: AV. BRASIL, S/N, JARDIM ATLANTICO OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA LANDER PRETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(º) REINALDO NUNES DA PENHA, inscrito sob o CPF nº 351.138.474-53 e Registro Geral nº 2440207, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707288-0 TORRES. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1314104. Ficou aos cuidados do médico FRANCISCO, registro 4568. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 25/07/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001006

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 OUT 2018
Rua da Aurora, Nº 175, 91.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REINALDO NUNES DA PENHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000081404-6

Nr. da Autenticação D8B3F5891A37C0E1



REINALDO

CHEQUE SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/linha3

FATURA DE
JUL/2018
CÓDIGO MINHA OI
401688402711

VENCIMENTO
20/07/2018
Emissão em 06/07/2018
Período de 03/06/2018 a 03/07/2018

PAGAR R\$
79,88



CTC CORREIOS
REINALDO NUNES DA PENHA
RUA SEVERINA MARIA DA CONCEICAO 116
BULTRINS
53240-280 - OLINDA - PE

RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.



PLANEJADA PARA A CONTA OI, S/A
E emitida para a fatura de 06/07/2018
Código de verificação: 401688402711



7200034856 00000 00000030000 10 000715

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUL 2019

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alcione Gomes da Silva

RG nº 5.633.938, data de expedição 28/06/11, Órgão SDS-PE

CPF nº 028.406.664-58, 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>Av. Profº Agamenon Vagalhães</u>
Número	<u>473</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Popular</u>
Cidade	<u>Olinda</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53230-010</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99895-5388</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 24 Setembro

Assinatura do Declarante: Alcione Gomes da Silva

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

RECIFE-PE

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ONIEL MARIANO DA SILVA
CPF: 388.900.204-82

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES 473

VILA POPULAR OLINDA
32230-010 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br.

DATA DE VENCIMENTO

28/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

18,55

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

21/08/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

21/08/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

028899123

CONTA CONTRATO

000676751025

Nº DO CLIENTE

209032631

Nº DA INSTALAÇÃO

0022132736

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

13C6.24D0.3C4F.D631.7927.F682.31D0.65E6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(KWh)	30,00	0,55431886	16,63
Adesão Bandeira VERMELHA			1,92
TOTAL DA FATURA			
18,55			

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.017.2009
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 2
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Comunicação a não pagamento (data) contido da energia elétrica:

Vencido	De Dever	Valor
27/07/18	21/08/18	16,63
27/08/18	28/08/18	19,92

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com consequente restrição. Esta restrição não substitui a ação de cobrança judicial. Sem prejuízo da cobrança judicial que poderá ser cobrada após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(KWh) 0,55431886

HISTÓRICO DO CONSUMO

Tarifa Aplicada	Consumo Ativo(KWh)	AGO 18	JUL 18	JUN 18	MAY 18	ABR 18	MAR 18	FEV 18	JAN 18	DEZ 17	NOV 17	OUT 17	SET 17	AGO 17
Consumo Ativo(KWh)	0,55431886	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	0

Paturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade
Artigo 99, Resolução ANEEL
414/2010.

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00		18,55	1,38	0,25	18,55	6,25	1,16

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FAIXA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DA FAIXA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000000000000000	CAT	20/07/2018	2.268,00	21/08/2018	2.268,00	32	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/09/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	DETA MENSAL	DETA TRIM	DETA ANUAL
jun 2018					
RIC-Horas de tensão sem energia	SAC BENEFÍCIO	0,00	4,35	9,91	16,82
RIC-Horas de tensão sem energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMC-Duração máxima de interrupção normal		6,00	3,77	0,00	0,00
DMC-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DMC: 12,22					
RUBO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,25					
Tudo Consumidor pode solicitar a aprovação das Indicações RIC, PIS, DMC e DMCI e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, no ponto mais perto de você, há variedades: rua rio grande do sul jardim brasil / etibocet: av. joaquim
nabuco 339 71, lista completa em www.celpe.com.br.
No dia da leitura a Bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagos, em atraso gera multa 2% (Resolução ANEEL, Juree 1% e Lei 10.438/02) e atualização monetária no mês
seguinte ao ICMS conforme Art. 5, XLVII, e, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorreu a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NECESSÁRIAMENTE

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000676751025	08/2018	18,55	28/08/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838800000003 185500110005 676751025109 124479367438



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP 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 9.813/96.

Pelo exposto, eu Alcione Gomes da Silva inscrito (a) no CPF 028.446.664/58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário REINALDO NUNES DA PENHA inscrito (a) no CPF sob o nº 351.138.474/53 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima REINALDO NUNES DA PENHA inscrito (a) no CPF sob o nº 351.138.474/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO - ME Renda: RECUSO - ME e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar:

Dedaro 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		Número	Complemento
<u>Rua Prof. Agamenon Magalhães</u>		<u>473</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila Popular</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53.230-010</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(81) 9 8488 7131</u>		<u>(81) 99 89 5-5885</u>	

Olinda 24 de Setembro de 2018
Local e Data

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

Identificador: 1314104

Data e Hora: 27/06/2018 07:47

Senha da Classificação:

0047

Paciente: 178424 REINALDO NUNES DA PENHA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1962 Idade: 55 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE ALVES DA PENHA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO

116

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53240280

Usuário Atendimento: LUANNAAMO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 30112812

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 7h

Doença Principal

Fratura Torção do Rádio

Exame Físico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05/01/2018

(05060100)

História Diagnóstica

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL.
Bos Vista - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE

*FRATURA TORÇÃO DO RÁDIO
TRATAMENTO: IMOBILIZAÇÃO
COM GIPSÓ PLÁSTICO
E CINTA ELÁSTICA
ELEVADA 15º*

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

IMOBILIZAÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha:

56567

Francisco S. S. Cavalcanti
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 4968

Carimbo/Médico

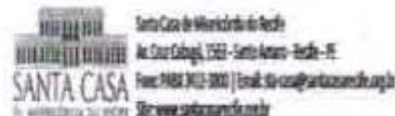


1314104

Centro Médico de Alta

Nome: REINALDO NUNES DA PENHA
Idade: 55
Sexo: Masculino
Envio: RETAGUARDA GETULIO

Pront.: 1137367
Dt. Nasc.: 03/09/1962
Idade: 55
Admissão: 01/07/2018 08:38
Alta: 04/07/2018 11:33



Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Resolução / Conduta:

PERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
INFIRMARIA SÃO LUIZ	01/07/2018 08:38	04/07/2018 11:33	3 dia(s)

Orientação:

- Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- Tomar medicação prescrita;
- Realizar RX
- Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

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

Data e hora de entrada da senha: 27/06/2018 07:38

Nome Paciente: REINALDO NUNES DA PENHA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: 0047
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/06/2018 07:42 - 27/06/2018 07:45

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTA TRAUMA EM MMII + APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII + LESÃO EM MID

Observação: NGA ALERGIA

Programa sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUL 2018

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

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2018 07:45

Nome Paciente: REINALDO NUNES DA PENHA
Cód. Paciente: 178424
Data de Nascimento: 03/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: 0214
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/06/2018 14:11 - 28/06/2018 14:11

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA - AMARELO
Situação: AMARELO
Queixa Principal: DOR EM MMII APOS TRAUMA
Observação: RENOVACAO
Programa sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/06/2018 14:11

evento
francês

11/05/2011

2+106/11
com parêntese →

Netana
52 mg 1/104 P

Let's Change
Nutrition
Crisis 1991-2

09/135
22/20
2. Air
C. ETO PRE AFN 0

Q/AM 1/1
1+1+1+1
C. ETO PRE AFN 0

Francisco J. Suassuna (Brazilian)
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 4568



Data e hora retirada da senha: 30/06/2018 17:05

Nome Paciente: REINALDO NUNES DA PENHA
Cód. Paciente: 178424
Data de Nascimento: 03/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: 0255
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/06/2018 17:05 - 30/06/2018 17:06

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO
Queixa Principal: TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO
Observação: RENOVAÇÃO DE CADASTRO
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/06/2018 17:06

Centro Médico de Alta

Nome: REINALDO NUNES DA PENHA

Idade: 588269

Pront.: 1137367

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 03/09/1962

Env.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 55

Admissão: 01/07/2018 08:38

Alta: 04/07/2018 11:33



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1565 - Santo Amaro - Recife - PE
Fones: (81) 3412-3000 | E-mail: sta-casa@casarecife.org.br
Site: www.casarecife.org.br

Admissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Volução / Conduta:

PERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S82

FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR A FRATURA E O FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

FERMARIA SÃO LUIZ

01/07/2018 08:38

04/07/2018 11:33

3 dia(s)

Orientação:

Agendar retorno para Dr. AZARIAS para 15 dias;

Tomar medicação prescrita;

Realizar RX

Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

RM:

10531

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

12/08/2018
Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218

NOME: REINALDO NUNES DA PENHA
DATA: 23/08/2018

Prescrição Médica

Meia de Média Compressão Cano Curto (01 Par)

Dr. Azarias Salgado
CRM: 6218
23 AGO 2018

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

REINALDO NUNES DA PENHA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S82

Recife, 04/07/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 JUL 2019

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

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **REINALDO NUNES DA PENHA**, prontuário nº **1137367**, admitido neste hospital em 01/07/2018 com diagnóstico de *Fratura de Tornozelo Direito*, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 04/07/2018.

Recife, 14 de Setembro de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

SUS

Sistema
União de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSA

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

REINALDO NUNES DA PENHA

6 - Nº DO PROCED. ANTO

588269

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COOR

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA Nº QUADRA)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CID - DOB (A RESIDÊNCIA)

16 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - CARACTERÍSTICA PACAL

22 - COD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

26 - COD DO PROCEDIMENTO - SECUNDÁRIO

27 - COD DO PROCEDIMENTO - ASSOCIADO

05.802.484/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2019

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
Traf. Círf. de Fratura do Tornozelo Direito +
Reconstrução Ligamentar30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
0 4 0 8 0 5 0 4 9 7
0 4 0 8 0 5 0 1 4 4

31 - SOLICITAÇÃO DE DATA DE UTILIZAÇÃO (DATA DE ATIVIDADE)

32 - DATA DE INICIAÇÃO

33 - DATA DE TÉRMINO

34 - DATA DE INÍCIO

35 - DATA DE FIM

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Raca de 1/3 com os Funes

37 - UNIDADE DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fonofunes cent. 4º 10/1, 22/2, 24/2

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Fonofunes biped. 3º 28/2

39 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7 0 2 0 3 0 8 3 0 0 1

40 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7 0 2 0 3 0 1 4 0 2

41 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7 0 2 0 3 0 1 2 4 0 2

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente sofreu colisão carro x moto, resultando em Fratura de Tornozelo Direito.
Evoluiu com dor e edema local.Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Azucenas Sampaio

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA

14519224420

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD ORÇÃO EMPOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - DATA

Registro: 588269 Prontuário: 1137367 Data de Nascimento: 03/09/62 Idade: 55 ANO(S)
Nome do Paciente: **REINALDO NUNES DA PENHA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA JOSE ALVES DA PENHA
CPF: 35113847453

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Tornozelo Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura-Luxação do Tornozelo Direito +
Reconstrução Ligamentar CÓDIGO: 0408050497 / 0408050144

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2018

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente sofreu colisão carro x moto, resultando em Fratura de Tornozelo Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Tornozelo Direito CID:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 05/07/2018 10:20:52.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 588269 Prontuário: 1137367 Data de Nascimento: 03/09/62 Idade: 55 ANO(S)
Nome do Paciente: **REINALDO NUNES DA PENHA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA JOSE ALVES DA PENHA
CPF: 35113847453

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531, Data e Hora: 05/07/2018 10:20:52.

União União

Doente RINALDO NUNES DA SILVA, pt. 44
le acidente de trânsito em 26/05/18 seguido
B.O. de N. 18E0116002482

Após trauma do membro ant. superior.
Foi submetido a tratamento cirúrgico (osteossíntese C/ Placa de 08 parafusos + colocação de 04 pontos) na Santa Casa.

1) Lesão leve com fratura
distal. Deformação articular o membro
inferior. Comprometimento da função
de 70% no membro do membro
do pé direito

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

Rua Castelo Branco, 470 - Alameda - 13.130-000
Tel: (51) 3632.3216 / 3632.3217

RETIF.DC

CNDW 582.6

Ata Arbitradora Definitiva

13/11/18

Dr. Pedro Marques
Fisioterapia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 112.375.734-06

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2018

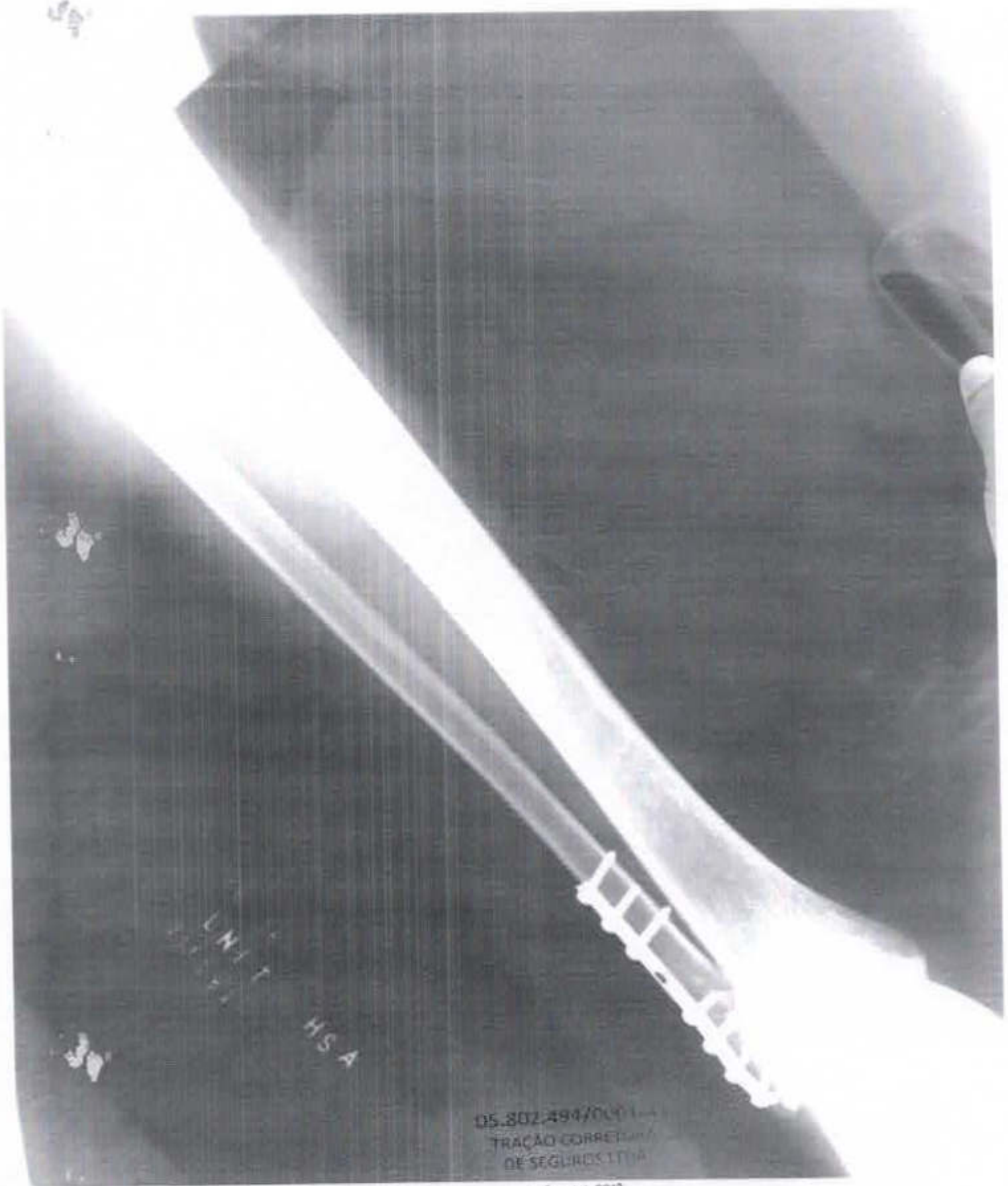
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE

UNIT
HSA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
Boa Vista - CEP: 50060-010
OFFICET.DF



05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETA
DE SEGURANÇA

20 NOV 2019

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

Scanned with CamScanner

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

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

12 03 19
LN 11
176978
HSA

US.802.494/UNAS 104
TRACAO CORRETO
DE SEGURANCA
20 11 2013

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

RECIFE-PE