



VALOR EM TÓDO O TERRITÓRIO NACIONAL		28/06/2011
5.633.938	28/06/2011	
<< ALCTIONE GOMES DA SILVA >>		
<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>		
<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>		
MOVIMENTADOR		
RECIFE - PE		
BOL. BRASIL << 074526 01 55 2003 2 00052 212.		
0030290-72 OLIMPICO, PE >>		
026 466.664-5835		
FIST FASER 070988345-8		
LEIA Nº 718 OF 20060		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
SMT 2018

0.5 mm 202

05 001 201
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

ENTRADA

DETRAN - PE		Nº 01393499154			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO					
V.A.	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO		
1	1019102648	*****	2018		
NOME REINALDO NUNES DA PENHA					
OLINDA-PE					
CHP / CNH		PLACA			
351 138 474-53		OXLL 700			
PLACA ANH / UF		CHASSI			
***** / PE		90680021070071550			
SERVIÇOS TÉCNICOS		COMBUSTÍVEL			
PAS / MOTOCICLISTA		GASOLINA			
MARCA / MODELO		ANG.PAIS			
YAMAHA/LANDER XT250		ANO.MOD.			
CAP / POT / CL.		PESO PREDOMINANTE			
2P/24VCL		PESO			
CATEGORIA		PESO PREDOMINANTE			
PARTIC		PESO			
I	DATA UNICA	VEND. DATA UNICA	1º VENC. PÓS-VIP		
P	IPVA 2018 QUITADO		2º PAGAMENTO		
V	FAIXA IPVA	PERÍODO DE PAGAMENTO / FOTAS	3º PAGAMENTO		
A	1				
PRÉMIO TARIFADO (R\$)		KIT IPVA	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO PAGO		OBRIGATÓRIO			
DESENVOLVEDOR					
AL. FID. BANCO ITAÚCARD SA OBRIGATÓRIO					
NÃO VALIDEZ PARA TRANSFERÊNCIA					
OLÍDEA				DATA	
				01/03/18	
Charles Andrade Souza Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE					

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 Okt 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BLC

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECENT

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:

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 TORMOZELO 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 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 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 atlantico

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? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás 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



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 LIDER 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),

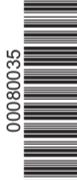
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180468923** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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.seguradoraslider.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	RNASENERINA MARIA DA CONCEIÇÃO	Número	116	Complemento
Bairro	BULTRINS	Cidade	OMINDA	Estado
Email				Telefone (DDD) (8) 984884131

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 0846 CONTA NRO: 00081404 DV: 6
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO:	
AGÊNCIA NRO:	D/V:	CONTA NRO:	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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 OUT 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Reinaldo Nunes da Penha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Local e Data



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ª CIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0116002482

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

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

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

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 BOMBEIROS 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**

05.802.494/9001-
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTD
 05 ANT 2004
 Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE, PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

05/01/2019

Olinda, 27 de Setembro de 2018

Local e Data

Avenida Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PF

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**

C E R T I D Ã O

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(a). 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(a) 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.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05 OUT 2018
Rua da Aurora, nº 175, 9.402 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE

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

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: 00000081404-6

Nr. da Autenticação D8B3F5891A37C0E1



REINALDO

DEU UMA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/minhasfaturasFATURA DE
JUL/2018
CÓDIGO MINHA OI
401688802771VENCIMENTO
20/07/2018Emissão em 06/07/2018
Período de 03/06/2018 a 03/07/2018PAGAR R\$
79,88

CTC CORREIOS
REINALDO NUNES DA PENHA
RUA SEVERINA MARIA DA CONCEICAO 116
BULTRINS
53240-260 - OLINDA - PE



7300039852 00000 000000000000 10 666715

RECEBA ESTA
CONTA DO
JEITO MAIS
PRÁTICO.MUDOU PARA A CONTA DIGITAL?
SÓ PRECISA ALGUMA INFORMAÇÃO SÓ PARA MIGRAR
CONTINUE NA PÁGINA PRÓXIMA

LNU-00000000000000000000

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/2019

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alrione 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 Magalhães</u>
Número	<u>473</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Vila Populor</u>
Cidade	<u>Olinda</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53230-020</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99895-5388</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Local e Data: Olinda, 28 Setembro 2018
Assinatura do Declarante: Alrione Gomes da Silva

05 OUT 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL: 2018
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-992
CNPJ 16.835.932/0001-48
INSCRIÇÃO ESTACUAL 0005943-93**



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: 0800-727-0157-Ligaçao Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligaçao Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DINIEL MARIANO DA SILVA CPF: 388.900.204-82	DATA DE VENCIMENTO 28/08/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/08/2018	CONTA CONTRATO 000676751025
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV PROF AGAMENON MAGALHAES 473 VILA POPULAROLINDA 58230-010 OLINDA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 18,55	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/08/2018	Nº DO CLIENTE 2005328531
CLASSIFICAÇÃO		B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
RESERVADO AO FISCO		13C6.24D0.3C4F.D631.7927.F692.31D0.65E6	

DESCRICA DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
TIPO DO MEDIDOR	TIPO DA LIGAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	W.	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MWH	DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	MÉTRICA MÉTRICA	MÉTRICA TÍPICA	MÉTRICA ANUAL
HORÓSCOPO313754783	CAT	20/07/2016 2.268,00	21/08/2016 2.268,00	33	1,00000	0,00	0,00	BRK-Final de horário sem Energia	SAC BENEDITO	0,00	4,35	9,31	16,62
								FIC-Não se verificou sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,75
								DIMC-Duracão média de interrupções normais		0,00	3,77	0,00	0,00
								DICR-Duração de interrupção em dia útil				Linha DICR: 12,22	
								EURO-Valor da Encargos de Usuário = R\$ 1,00					
								Tudo Consultar sobre o seu e-mail e a respectiva sua habilitação BRK, FIC, DIMC e DICR e qualquer tipo					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES			NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)					
	MÍNIMO	MÁXIMO				
220	202	231	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DETALHES DO FGTS				TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	
000676751025	08/2018	18,55	28/08/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.

638800000003 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 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 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 INV 010187 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: RECLUSO - ME Renda: RECLUSO - ME e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso Informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Prof. Agamenon Magalhães</u>		Número	<u>473</u>	
Bairro	<u>Vila Popular</u>	Cidade	Estado	CEP	<u>53230-010</u>
Email					
			Telefone comercial (DDI)	Telefone celular (DDI)	
			<u>(83) 9 8488-7131</u>	<u>(83) 99 895-5583</u>	

Olinda 28 de Setembro de 2018 05.802.494/0001-41
Local e Data TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

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

Relatório Médico de Alta

Nome: REINALDO NUNES DA PENHA
Nº.: 588269 Pront.: 1137367
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 03/09/1962
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 55 Admissão: 01/07/2018 08:38 Alta: 04/07/2018 11:33

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Av. Dom Gaspar, 750 - São Lourenço - Recife - PE
Fax: (81) 3121-3011 | e-mail: atendimento@santacasarpe.org
www.santacasarpe.org

Emissão:

FRATURA EM TORNOZELO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

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

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
HFERMARIA 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
RM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/2019

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

24 HORAS - OLINDA

esúino da Classificação de Risco - Protocolo
ata e hora de tirada da senha: 27/06/2018 07:38

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

Loridade: URGENCIA - AMARELO

or: [REDACTED] AMARELO

ualha Principal: TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO,
APRESENTA TRAUMA EM MMII + APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII +
LESAO EM MID

Preservação: NGA ALERGIA

ograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

pecialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/06/2018

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

PA 24 HORAS - OLINDAAssunto da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 28/06/2018 14:10**PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

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

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

Localidade: **URGÊNCIA - AMARELO**Por: **URGÊNCIA - AMARELO**

Sintoma Principal: DOR EM MMII APOS TRAUMA

Observação: RENOVACAO

rogramma sintoma: TRAUMA

iscriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

pecialidade: 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
gravidez 0 8167° H1050
com pressão (D) 52 mg / ml CO₂

~~Luis Gómez~~
09/35 2. AM
CETO pre FEN°
12/11/11 511
C. del 1911

Francisco J. Suárez (M.D.)
Ortopedia / Traumatología
C.M.D.-P.E. 4562

HJA 24 HORAS - OLINDAResumo da Classificação de Risco - Protocolo
data e hora retirada da senha: 30/06/2018 17:05**PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

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

Roxograma sintoma: TRAUMA

Descriuidor(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

Setor Médico de Alta

Nome: REINALDO NUNES DA PENHA
 Ag.: 588269 Pront.: 1137367
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 03/09/1962
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 55 Admissão: 01/07/2018 08:38 Alta: 04/07/2018 11:33

Admissão:

FRACTURA EM TORNOCÉLIO DIREITO

Solução / Conduta:

PERDIDO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

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

Internação:

Hospital	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
HOSPITAL 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
 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



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

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

A.J.S./21
C.R.C. - CRMEF
Boa Vista

Prescrição Médica

Meia de Média Compressão Cano Curto (01 Par)

Dr. Azarias Salgado
CRM - 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

05.01.17 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
Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 DEIT 2018

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

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HSA					
Identificação do Paciente					
2 - NOME DO PACIENTE REINALDO NUNES DA PENHA					
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					
4 - DATA DE NASCIMENTO 19/01/1960					
5 - SEXO M					
6 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA RUA DA AURORA, 175, BL C, 3º ANDAR					
7 - NOME DA MÃE					
8 - NOME DO RESPONSAVEL					
9 - FONE/CELULAR					
10 - NÚMERO DE ADOENÇA					
11 - CODIGO DA REGIÃO - RA					
12 - CODIGO DA UNIDADE - RU					
13 - CODIGO DA CID - CIC					
14 - TELEFONE DE DIA/TOPO					
15 - TELEFONE DE NOITE/TELEFONE					
16 - CELULAR					
17 - CODIGO DA REGIÃO - RA					
18 - CODIGO DA UNIDADE - RU					
19 - CODIGO DA CID - CIC					
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
INDICAÇÃO DE PROCEDIMENTO 05.802.484/0001-01 TRACÃO CORRETIVA DE SEGUROS LYDA					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 05 OUT 2019					
22 - CODIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
23 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUALIZADA Rua da Aurora, nº 175, Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010					
24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO - ATUALIZADA					
25 - DATA DE INICIO/ENCERRAMENTO					
26 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDARIO					
27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO ASSOCIADO					
X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL HOSPITALAR					
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Trat. Cir. de Fratura do Tornozelo Direito + Reconstrução Ligamentar					
31 - SOLICITADOR DE TRATAÇÃO DE UTI / DIA DE ATIVIDADES LARDO DE ALVARENGA					
32 - CODIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0408050497					
33 - JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0408050144					
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Pac - ue 1/3 com os Funos					
35 - CODIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 070203083001					
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Ponto furos cont ue 10/12/22/2, 24/2					
37 - CODIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 05					
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Ponto furos 6/20m 302p ue 28/12					
39 - CODIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0702030171401					
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/01/2018					
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 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.					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. ABRILEVY SOUZA					
43 - DOCUMENTO PROFISSIONAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE CRM-RJ 145192319420					
44 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/01/2018					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
46 - DOCUMENTO PROFISSIONAL AUTORIZADOR CRM-RJ 145192319420					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03/01/2018					
48 - SIGNATURA E CAMPANHA DO PROFISSIONAL DO LONTELHO					
49 - CODIGO ORGÃO EMISSOR 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - DOCUMENTO (ENBSCP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
52 - CODIGO ORGÃO EMISSOR 53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					

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	MATRÍCULA
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

05/07/2018

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

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.





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.

Caso clínico

Sacerdote REINALDO NUNES DA PENHA, nascido
eultimo de Trauma em 26/05/18 fechado
B.O n° 18E0116002482

Sobreferência no ímposto antigo.
Foi submetido a tratamento quirúrgico (osteosíntese C/ Placa D8 ópticos + Coloquias
de OI frontais) na Saúl Long.

O paciente evolui com sequelas
ort. Deformidade alterando o comprimento
da perna. Exibindo um afastamento
entre os ossos da perna de 7cm
nas duas extremidades. >>>

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

COD 582.6

ADT Reabilitacion Definitive


13/11/18

Dr. Pedro Marques
Médico e Traumatologista
CREMEPE 8594
Fone: 172.375.331.04

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETÓRIA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-070
SANTA MARIA / RS

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

Rua da Aurora, nº 175 56.902 BL
Bou Vista - CEP: 50.000-000

OFFICE 07

Scanned with CamScanner

LNU
HSA

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETIVA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

Scanned with CamScanner

AH
H
S1944
I
L
N
I
E
D
26

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 NOV 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Ita Vista - CEP: 50.060-010

REC0119

LNI / 2018
176616
HSA

05.802.494/0002-8
TRANÇA CORPO
DE SEGURANÇA

2018-01

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REF/15.02



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/01/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE