



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento 11/2/18

Nº PRONTUÁRIO 102470

NOME DO PACIENTE Kennedy Soares do Santos

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura de Antebraço com enclavamento e instabilidade com manobra
CD: 5420

OBS:

Nº DIAS _____

AFASTAMENTO DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
07/11/18

Dr. Carlos A. Mendes
CRM: 15.456
Cirurgião

1005-2018

SAÍDA EM TODOS OS TERMINAIS NACIONAIS

6644071

DATA DE EMISSÃO: 10.05.2000

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

RESIDUO

Paulo Severino da Silva

Maria José dos Santos

RESIDUO

Racifo-PE.

DATA DE NASCIMENTO: 17.09.1983

C.N.S. 135, FIB. 281V, Lv. A-06, Cart.

Primavera-PE.

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA O Código de Barras

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO LEGAL DO BRASIL

09044

Kennedy Severino dos Santos Silva

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Correios

Cartão de Crédito

Correios

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição:

057.535.634-06

Nome:

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

Nascimento:

17/09/1983

SAC CAIXA 0800 208 1111

CAIXA

AQUI

Banco24Horas

CAIXA

POUPANÇA

6277 8012 1808 4295

KENNEDY SEVERINO S SILVA

2125 013 00026667-9 07/21

elo

TRÊS

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES

DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/3001-4
 TRACÃO CORRETO A
 DE SEGUROS LTDA

3º AB2. 2013

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRIBUTAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME KENNETH SEVERINO DOS SANTOS SILVA	
	CC, SENTENÇA, OUTRO DOCUMENTO 644471-806 PE
	CPF 057.335.834-26
	Data de nascimento 17/03/1983
FILIAÇÃO PAULO SEVERINO DA SILVA MARIA JONES DOS SANTOS	
FORMAÇÃO 2.0	
NÚMERO 047394712	
VIGÊNCIA 09/01/2020	
VALIDADEZ 26/09/2010	
OBSERVAÇÕES Exercício Ativo Remunerado	
Assinatura do titular 	
Assinatura do representante 	
LOCAL VITORIA DE SANTO ANTAO - PE	
DATA EMISSÃO 18/01/2015	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 00444537078 PE0394712	
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO 01000-PE (PESQUISA)	

05.802.494/2001-4
TRAÇÃO CORRÊA
DE SEGUROS LTDA

3-9-ASR-2019

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

05.802.494/0001-1
TRACAO COGNITIVO
DE SEGURANÇA
30 ABR 2013
Rua da Aurora, nº 175, 54.502 B.L. I
Boa Vista - CEP: 50.050-420
RECIFE - PE

5.633.938
28/06/2011
SALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
14 10 10
13 10 10

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>
<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>
<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

RECIFE - PE
DOC. ORIGINAL << 074536 01 55'2003 2 00052 212 >>
0030290 72 OLIMP-PE >>
028.466.664-5813
RIS/PRSER: 1370588345-8
DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1979
ASSINATURA: [Assinatura]
LEI Nº 7.178 DE 25/08/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADÃO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E INSCRIÇÃO CIVIL

ALCIONE GOMES DA SILVA
18/10/1979
CARTÃO DE IDENTIDADE

028.466.664-5813

CONYRON

PRIMAVERA	DATA 25/01/18
-----------	---------------

NO-TOUCHING THE NO-TOUCH

Rua da Aurora, 177 175, 51 902 BL-C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGUNDO LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE.
NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE CRANIO E FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194933 **Cidade:** Cabo de Santo Agostinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE CRÂNIO
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR EVOLUINDO SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS E ALTA MÉDICA.

DANOS

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
 brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão:
 portador(a) do RG nº: 6644071, órgão
 expedidor: SBS/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº:
057.535.634.06, residente na
ENDER: MASSANGANA / CABO BUENA S/N
 cidade: CABO - PE, Estado: PE, CEP: 54510-992
 telefone: 99211.7243 / 1 / 1
 email: KENNEDYSEVERINA123@GMAIL.COM

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

DOCUMENTO ORIGINAL

Olinda, 20 de SEVERINO de 2018

Kennedy Severino dos Santos Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por autenticidade a firma de: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA,
 sou Ipelucara em 20/02/2018 às 10:00 em test. de verdade:
TATIANE DE LIMA OLIVEIRA, (DECREVANTE AUTORIZADO(A)),
 Emol. R\$ 3,00 TUNE: R\$ 0,80 FISC: R\$ 0,40 ISS: R\$ 0,20 Total: R\$ 4,70 por
 Selo: 0150680.F4702201801.02611

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180194933**

Vitima: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

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 3180194933**.

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 12746962



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
Nº Sinistro: 3180194933
Vitima: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180194933**, 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, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180194933**

Vitima: **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ALCIONE GOMES DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

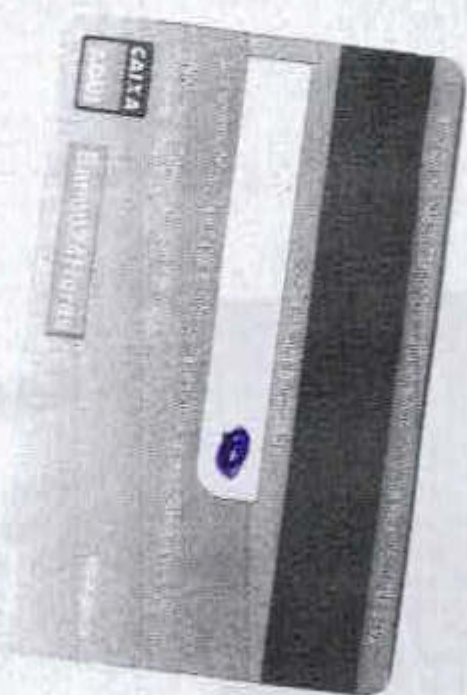
Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180194933**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





05.802.434/0001-61
TRACAO DIGITAL
DE SERVICOS LTDA

3º ABR 2013

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000667**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2018 às 10:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **12/2/2018 às 13:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICÍPIO), 1, PE-60**
- Bairro: **CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GERALDO JOSE DE OLIVEIRA (NOTICIANTE)
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)
JOELMA MARIA DOS ANJOS (VÍTIMA)

DOCUMENTO ORIGINAL

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**

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

GERALDO JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA PESSOA DE MELO** Pai: **JOSE HELENO DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/12/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 400, RUA SÃO SEBASTIÃO, 400, RES MORADA DA PIEDADE, BL 1, AP 302 - CEP: 55000-000 - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO /BRASIL**

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DOS SANTOS** Pai: **PAULO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **17/9/1983** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICÍPIO), 1, ENG MASSANGANA, S/N - CEP: 54510992 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOELMA MARIA DOS ANJOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA VENÂNCIA DA SILVA DOS ANJOS** Pai: **JOSÉ AMARO DOS ANJOS FILHO** Data de Nascimento: **21/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICÍPIO), 1, ENGENHO MASSANGANA S/N - CEP: 54510-992 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (PGE4747) (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MODELO CG/150, ANO 2012, COR VERMELHA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE, SENHOR GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA, INFORMA QUE SEU CONJUNTO, KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA, NO DIA 12/02/2018, POR VOLTA DAS 13H, TRAFEGAVA PELA RODOVIA PE-60, NAS IMEDIAÇÕES DO PORTO DE SUAPE (CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE), PILOTANDO A MOTOCICLETA (PLACA PGE-4747-PE), TENDO COMO GARUPA A SENHORA JOELMA MARIA DOS SANTOS, OCASIÃO EM QUE, UM INDIVÍDUO, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA, DE MANEIRA DESAVISADA, SAINDO DE UMA VIA VICINAL, ACESSOU, DE MODO PERPENDICULAR, A PISTA PRINCIPAL, PROVOCANDO UMA COLISÃO ENTRE OS REFERIDOS VEÍCULOS. EM RAZÃO DO ABALROAMENTO, O SENHOR KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA SOFREU UMA FRATURA NA CLAVÍCULA, AO PASSO QUE JOELMA MARIA DOS SANTOS SOFREU DIVERSAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; AMBOS FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR-PE PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA, ONDE FORAM SUBMETIDOS A PROCEDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR. ### OBSERVAÇÃO: AS VÍTIMAS NÃO COMPARECERAM A DELEGACIA PARA NOTICIAR O FATO PORQUE ESTÃO CONVALESCENDO.

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


GERALDO JOSÉ DE OLIVEIRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EWERTON DE OLIVEIRA CUNHA MAT. 272.883-4** - Matrícula: 272883-4


Ewerton de O. Cunha
Agente de Polícia
Mat. 272.883-4

05.802.494/0001-41
TRACAO CORREFOJA
DE SEGUROS LTDA

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.050-010

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

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

CPF da Vítima

051.595.634-06

Data do Acidente

22/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA

CPF do Representante legal

051.595.634-06

Email

Telefone (DDD)

(81) 99895-5388

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.

Dedaro 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

TRACAJ CORRETOJA
DE SEGUROS LTDA

Declaro em 24 de Abril de 2018

Local e Data

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010

RECIFE-PE

Kennedy Severino dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 17:01



Nome Paciente: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
Cód. Paciente: 102470
Data de Nascimento: 17/09/1983
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 419622
SAME:



Período: 12/02/2018 17:20 - 12/02/2018 17:20

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PCT TRAZIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM MSE, APOS COLISAO MOTO X MOTO. PCT PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Logograma sintoma: TRAUMA

Criminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

21:45h # Cir. Geral
Paciente com desorientação
e amnésia anterógrada
Col: TC de crânio

TC sem alterações Blomgren IS.
Ch. Modulo ale

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE REGISTROS (TDA)

30 Abr. 2013

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

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/02/2018 17:20

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, KENNEDY GEVERINO DOS SANTOS SILVA

RG nº 6844071, data de expedição 1905/00, Órgão HB

CPF nº 054.535.634-06, 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)	ENGENTHO MASSANGANA
Número	104
Apto / Complemento	CABO RURAL
Bairro	ENGENTHO MASSANGANA
Cidade	CABO DE SANTO AGOSTINHO
Estado	PE
CEP	54510-992
Telefone de Contato	(81) 99895-5388
E-mail	98488-2131

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda

2018.

Assinatura do Declarante: Kennedy Geverino dos Santos Silva

TRACÇÃO CORRETORES
E EDITORAIS LTDA

30.882.2019

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

VIVO VALORIZA

Viajar pelo Brasil é sempre bom. E com benefício especial do Vivo Valoriza na Avis fica ainda melhor.



3 horas extras:
mais tempo para você
cortar sua viagem.



1 condutor
adicional
de cortesia.



Aluguel de carro maior
(grupo C*) por preço de
veículo menor (grupo A).

Promoção válida para reservas feitas entre os dias 01/12/2017 e 31/03/2018.

Ative o Vivo e confira também vantagens para locações internacionais.
Acesse www.avis.com.br/partners/avis-vivo-valoriza

Ative o Vivo Valoriza acessando o aplicativo ou visitando o site www.avis.com.br/partners/avis-vivo-valoriza. A promoção é válida para reservas feitas entre os dias 01/12/2017 e 31/03/2018. A promoção não se aplica a reservas feitas por meio de agências de viagens. A promoção não se aplica a reservas feitas por meio de agências de viagens. A promoção não se aplica a reservas feitas por meio de agências de viagens.

12%

de desconto na
reserva de carros e
mais 3 benefícios
para você.



AVIS

vivo

PATROCINADORA
OFICIAL DA
SELEÇÃO



05.802.494/0001-4
RUA DA VILA, 175, 52.902-81, C
BOM JARDIM - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE
3-0-1001-2013
DE 11:00HRS ÀS 17:00HRS



CTC RECIFE PE PL3

ALCIONE GOMES DA SILVA
RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES 473
VILA POPULAR
53230-010 OLINDA PE



72 13148690 00000 000000000000 3 0 27 1217

Vencimento
06/01/2018

Consulte-se no Centro
Deltan. Saiba mais.

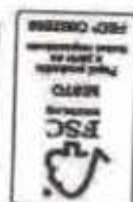


Ative o Vivo e confira também vantagens para locações internacionais.

Telefonia

Desativar os Serviços

☐ Seguro (opcional)	☐ Seguro de roubo	☐ Seguro de colisão
☐ Seguro de terceiros	☐ Seguro de danos pessoais	☐ Seguro de danos materiais
☐ Seguro de danos pessoais	☐ Seguro de danos materiais	☐ Seguro de danos pessoais
☐ Seguro de danos materiais	☐ Seguro de danos pessoais	☐ Seguro de danos materiais



Para garantir a sua segurança, a Avis oferece a opção de contratar o Seguro de Colisão e o Seguro de Roubo. A contratação do Seguro de Colisão e do Seguro de Roubo é obrigatória para a locação de veículos. A contratação do Seguro de Colisão e do Seguro de Roubo é obrigatória para a locação de veículos.

Planos a partir de R\$ 9,90.
Ainda não possui o Vivo Protege?
Ligue 103 15 e contrate.



Seguro seguro virtual para arrendamento de segurança. Segurança Online: proteção contra furtos, roubo de informações e vírus. Wi-Fi Seguro: segurança no seu celular em redes públicas e compartilhadas. Meu Seguro: assistência técnica por telefone, chat, e-mail, remoto ou visita. Filas Online: monitoramento físico e virtual dos furtos.

Mais espaço para seus arquivos. Mais segurança para você. Com Vivo Protege, você transfere seus arquivos e fotografias para a nuvem, com toda a segurança. Assim, você não precisa se preocupar com falta de espaço nos seus dispositivos na hora de registrar todos os momentos do seu fim de ano. É só contratar e contar com um pacote completo de serviços.

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 COAF**⁷

* 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 6.132/98.

Pelo exposto, eu Aleuane Gomes da Silva inscrito (a) no CPF 028.466.664 / 58
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA inscrito
(a) no CPF sob o N° 057.535.634 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 057.535.634 / 06, 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 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	
AV. PROF. AGAMENOM MAGALHÃES		473		1000/101 208 50	
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
VILA POPULAR	OLINDA	PE	53.230-010		
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		(81) 9884884131		(81) 998955388	

Olinda 24 de Abril de 2018

Aleione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 12/02/2018 17:01

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente: KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA
Cód. Paciente: 102470
Data de Nascimento: 17/09/1983
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 419622
SAME:



Período: 12/02/2018 17:20 - 12/02/2018 17:20

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM MSE, APOS COLISAO MOTO X MOTO. PCT PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA.

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Logograma sintoma:

TRAUMA

Primitivo(s):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

21:45h

Cir. Geral

Paciente com desorientação
e amnésia anterógrada

Col: TC de crânio

TC sem alterações
de material de

Blomgren S.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO-CA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010

RECIFE-PE

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/02/2018 17:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Rx de Tórax: fratura de clavícula eq
ausência de pneumotórax ou hemo-
pleura.

Clonax 15, pupilas normais fotométricas

Alta do grupo, qd com
crânio, com curativo e retorno à enfer-
-A ortopedia

Dr. Emanuel Alencar
Cirurgião Geral
CRM - 18711

17.16

ortopedia

RX = fratura da clavícula S/desvio

ex.: 2 T.põra hemigota

- Alta p/ ambulatório

Faciel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726

OS

Leu var
Torax
R. 2020

12 02 18
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOJA
DE SEGUROS LTDA

3 g Ago. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Atendimento: 426344

Data e Hora: 23/03/2018 07:48

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI CRM: 13783

Endereço: ENGENHO MASSAGANA Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (Identidade): 6644071 SDS PE Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753563406 Fone: 986245552

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN: 26 MAR 2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

FRATURA DA CLAVICULA (E)
HA 35 DIAS

EXAME FISICO

Temperatura: ()
Pressão Arterial: ()
Peso: ()
Altura: ()
Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 30/04/18

Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:

Rx em fraco
Tipica

Dr. Leonardo Canê
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11157

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

TRILHAO CORRÊJO
DE FIGUEIRAS LTDA

30 ABR 2018

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



JOSE BELLO CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 422717

Data e Hora: 02/03/2018 08:04

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: ENGENHO MASSAGANA Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: GISELEMSS

RG (Identidade): 6644071 SDS PE Data de Emissão:

Fone: 986245552

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753563406

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

15 MAR 2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

21 - dia de fratura da clavícula (E) em 11/10/2017

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: ()

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 3 semanas

Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:

Fato

Francisco Ferreira
Médico
CRM-PE 23424

Carimbo/Médico

BS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida, o setor (ambulatorio de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).

0510-7501-1001-4
TRACÃO CORRETO
DE SEGUROS LTDA

30 Abr 2013

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

2318 clau. E 97

Atendimento: 419622

Data e Hora: 12/02/2018 17:05

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 102470 KENNEDY SEVERINO DOS SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 17/09/1983 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS Nome do Pai: PAULO SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: ENGENHO MASSAGANA Bairro: CENTRO CRM: 17726

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHC PE Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 8844071 SDS PE Data de Emissão: Fone: 986245552

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 05753563406 Data de Emissão CRN:

Cartão SUS:

HOM - Hospital Dom Helder Camara
E - Engenheiro C. Dias de Souza

Ed

7.0.FEV.2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

*vítima de acidente automobilístico
Nega vômito e dor
Refer dor torácica*

Exame Físico

- A - Vias aéreas com sons
- B - MVB em AIT
- C - Hemodinamicamente estável
- D - ECG: AS isquêmico
- E - Escala de membros

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Conduta Terapêutica

*Rx
Paracetamol 1000mg*

Prescrição Médica

*Sf 0,9% 1000 ml IV
Propofol 100mg + propofol IV*

ATENDIDO

ATENDIDO

ATENDIDO

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____ LEITO DO PACIENTE: _____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Henriky Severino Registro: 102470
Clínica: _____ Enfermaria: 1241 Leito: _____
Diagnóstico: _____ Data: 2/02 Hora: 18:00

Plantão Diurno

- 1 - Queixas do paciente: S / Sincron
- 2 - Estado Geral/Nível de consciência: EG Regular, calmo, consciente
- 3 - Pele/mucosa: Quiescente, capilares, acianótico
- 4 - Aparelho cardiovascular: _____ FC: _____ PA: _____
- 5 - Aparelho respiratório: espontâneo FR: _____ Oxigenoterapia: _____
- 6 - Aparelho gastrointestinal: dieta VO
- 7 - Aparelho Geniturinário: diurese espontânea
- 8 - Aparelho locomotor: _____
- 9 - Exames laboratoriais: _____

10 - Exames de imagem: _____

11 - Lesões/Curativos: Pele íntegra

12 - Observações: _____

13 - Prescrição de Enfermagem: Verificação SS VO 6/cen
Pharmacol. a cada 72h

14 - Alta: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()
Hora: _____

Enfermeiro/ assinatura e carimbo: Ug

05.802.494/3001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA LTDA

COD. 38263

30 ABR. 2013

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Kennedy Simões De Jesus S. Registro: 402470

Clinica: _____ Enfermaria: Vulva Leito: _____

[illegible]

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Renanely Santana do S Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Diagnóstico: _____ Data: _____

Plantão Noturno

Estado Geral: _____
Dieta: VO ☒ SNE () GTT () Dieta zero ()
Padrão respiratório: espontâneo ☒ AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Acesso Venoso: Periférico ☒ Central () Local: _____ Data da troca: _____
Drenos: Sim () Não ☒
Diurese: Espontânea ☒ SVD () Outros: _____
Evacuação: Presente () Ausente ()
Observações: _____

Ata: Transferência () Local _____ Melhorada () Óbito () Evasão ()

Técnico em enfermagem: Elaine Cardoso

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
20															
21															
22			120/70												
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06			120/60												
07															
08															

05.802.404/2001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

3º ABR. 2013

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

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome: Kamely Salsomano Registro: Santa Helena
 Clínica: C. 6 Enfermaria: Unidade Leito:
 Diagnóstico: Pneumonia Data: 13.02.2013 Hora:

Plantão Diurno

1 - Queixas do paciente:

2 - Estado Geral/Nível de consciência:

3 - Pele/mucosa:

4 - Aparelho cardiovascular:

5 - Aparelho respiratório:

FC:

PA:

6 - Aparelho gastrointestinal:

FR:

Oxigenoterapia:

7 - Aparelho Geniturinário:

8 - Aparelho locomotor:

9 - Exames laboratoriais

10 - Exames de imagem:

11 - Lesões/Curativos:

12 - Observações:

13 - Prescrição de Enfermagem:

Paciente evoluiu com melhora
09:25

14 - Alta: Transferência (☒) Local Melhorada (☐) Óbito (☐) Evasão (☐)

Hora:

Enfermeiro/ assinatura e carimbo:

Assinatura
 (Carimbo)

05.802.104/2001-1
 TRACÃO CORNETO, S.A.
 DE SEGUROS LTDA

CÓD. 33263

30 ABR. 2013

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



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CONTROLE DE ALTA

NOME: Kennedy Severino

IDADE: 34a

ALTA DOMICÍLIO ☐

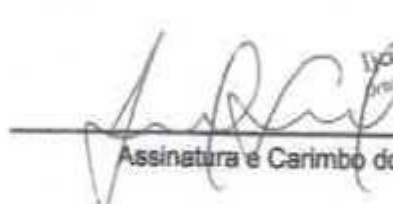
ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☒

marcar retorno p/ 30 dias

DATA 12/07/18

HORA _____


Assinatura e Carimbo do médico

Isaciel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.724

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2013

Rua da Aurora, nº 175, 5L 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

8/ Kennedy Severino dos Santos

02/ - Vno Oral -

① Nimesulida 100 mg ——— 1cx
Tomar o 1º de 12/12h

② Dipirona 1g ——— 1cx
Tomar o 1º de 6/6h

Jaciel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.725

12/02/18

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRITOJA
DE SECROS LTDA

30 ABR. 2013

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



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Kennedy Severino IDADE: _____

REGISTRO: 102470 SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 1 / 1 / _____

☒ AMBULATÓRIO ☒ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☒ CONTROLE

EXAME: RX da clavícula E AP

MOTIVO: _____

REQUISITANTE/CARIMBO: 

Rafael Soares
Radiologia/Traumatologia
RPM 17.725

LAUDO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

30 Abr. 2013

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

CONTROLE DE ALTA

NOME: Kennedy Sacramento S. Silva

IDADE: _____

ALTA DOMICÍLIO ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☒

30 dias

DATA 12/02/18

HORA _____


Hosiel Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.723

Assinatura e Carimbo do médico

05.802.494/3001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 ABR. 2018

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