



05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

DATA DE  
EXPIRAÇÃO

28/06/2011

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>

<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

LOCALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/10/1979

CPF

<< 074526 01 58 77 32 00052 212

0050290 72 OLIVEIRA PE

028.466.664-58

015.04589.1370888345-8

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-14 49.613

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 MAR 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 - PE Nº 014483776386  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1085043783 002-494/0001-43  
FABIANO GOMES DA SILVA 022 FEB 2019  
RECIFE-PE 023-076-114-36 PLACA 9CC9280

CHASSI 9C2EC2200GR006172  
FABIANO GOMES DA SILVA 022 FEB 2019  
RECIFE-PE 023-076-114-36 PLACA 9CC9280

PAZ NOTOCITELSA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/CO 160 F1H E801 ANO FAB. 2015 ANO REG. 2018

2B/152CL CATEGORIA PARTIC VERMELHA

1 1ª VOTA 2018 QUITADO 1º VENC. COTAS 1º

2 2ª VOTA 2018 QUITADO 2º VENC. COTAS 2º

3 3ª VOTA 2018 QUITADO 3º VENC. COTAS 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 06/09/18

SEGURO PAGO OBRIGATORIO

AL. EXP. ADM. CONS. MAC. HONDA LTDA

RECIFE-PE 023-076-114-36 PLACA 9CC9280

022 FEB 2019

002-494/0001-43

022 FEB 2019

002-494/0001-43

022 FEB 2019

002-494/0001-43

022 FEB 2019

002-494/0001-43

022 FEB 2019

002-494/0001-43

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483776386 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FABIANO GOMES DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE 023-076-114-36 PLACA 9CC9280

023-076-114-36 PLACA 9CC9280

HONDA/CO 160 F1H E801

9C2EC2200GR006172

PREMIO TARIFARIO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190166651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( FIXADOR EXTERNO ) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.01

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190166651

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FABIANO GOMES DA SILVA

**Data do acidente:** 25/11/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO ( FIXADOR EXTERNO ) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.01

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190166651 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:  
-RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;  
-LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;  
-EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.  
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.  
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

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

---

**Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190166651**

**Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FABIANO GOMES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166651

Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FABIANO GOMES DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166651

Vítima: FABIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIANO GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FABIANO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004815

Conta: 000001244-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 005ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASA AMARELA - DP5ªCIRC  
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0095000255

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/01/2019 às 10:53

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia 25/11/2018 às 17:59

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE, 01, PRÓX. A PIZZARIA PASSIRA, FUNERÁRIA SÃO JOÃO, RUA TEIXEIRA E AV. NORTE** - Bairro: **CASA AMARELA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
- Ponto de Referência: **PIZZARIA PASSIRA/FUNERÁRIA SÃO JOÃO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade) (AUTOR / AGENTE)  
A.J.D.S.G. (Menor de Idade) (OUTRO)  
FABIANO GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade)  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): FABIANO GOMES DA SILVA  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): A.J.D.S.G. (Menor de Idade)

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

**FABIANO GOMES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUÍZA FARIAS DA SILVA** Pai: **MANOEL GOMES BEZERRA** Data de Nascimento: **12/10/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4947993/SDS/PE (RG), 02307611436 (CPF), 03766430438 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 81984364029**

Endereço Residencial: **ESTRADA DE MUMBICA, 945, TRAVESSA DA MUMBICA - CEP: 55000-000 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS SCHIN CARIOL**

**J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **11/1/2017** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**A.J.D.S.G. (Menor de Idade) (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: . Pai: . Data de Nascimento: **11/1/2017** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA 1 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO GOMES DA SILVA**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **FABIANO GOMES DA SILVA**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PCC9260** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Descrição: **MOTOCICLETA HONDA FAN 160 CC VERMELHA****MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **J.R.D.S.P.F. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROGERIO DOS SANTOS PEREIRA FILHO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **PDC5106** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)Descrição: **MOTOCICLETA HONDA XRE 300 CINZA****VEÍCULO 3 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **A.J.D.S.G. (Menor de Idade)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO JOSE DA SILVA GALVAO**Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**Placa: **KHJ8850** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VÍTIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA INFORMANDO QUE ESTAVA PARADO NO LOCAL ACIMA CITADO, E QUE DE REPENTE A MOTOCICLETA 2 VEIO EM VELOCIDADE E BATEU NO AUTOMÓVEL 3 E DEPOIS VEIO DE ENCONTRO A VÍTIMA, ATINGINDO A MESMA NA PERNA ESQUERDA, E QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE A SUA MOTOCICLETA E CAIU EM VIA PÚBLICA. RELATA A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA POR UMA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPO DE BOMBEIROS, COMANDADA PELO SARGENTO GLEYBSON/940444-9, SENDO ENCAMINHADO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, PRONTUÁRIO 1058082, AOS CUIDADOS DO MÉDICO LUAN MACEDO, REGISTRO 26469, CONFORME CERTIDÃO NÚMERO 2018APH001785/CBMPE, E ATENDIDO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NÚMERO 01058372/25/11/2018. NADA MAIS DECLARADO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

**FABIANO GOMES DA SILVA**  
(VITIMA)B.O. registrado por: **NELSON FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **3809625**  
*MT: 379.995/9*05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 023.076.114-36 Nome completo da vítima: FABIANO LOMES DA SILVA

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

Nome completo: FABIANO LOMES DA SILVA CPF: 023.076.114-36

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: RUA ESTRELA DA MUMBACA Número: 943 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: MARINHA Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52.490-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 81 9.8488-7531

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4815 013 CONTA: 1244 4 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, consoante, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconte do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: OLINDA, 26 DE ABRIL DE 2018 TESTEMUNHAS

Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fabiano Lomes da Silva 05.802.494/0001-41

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) 22 FEV 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RIGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001785 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FABIANO GOMES DA SILVA, 40 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4947993 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 023.076.114-36, residente à ESTRADA DA MUNBECA, nº 945, GUABIRABA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 25/11/2018, por volta das 17:59 hs, no endereço: AVENIDA NORTE, S/N, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA FAN, VERMELHA, PCC9280-PE; MOTOCICLETA XRE 300, CINZA, PDC5106-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) FABIANO GOMES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 023.076.114-36 e Registro Geral nº 4947993, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940444-9 GLEYBSON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1058082. Ficou aos cuidados do médico LUAN MACEDO, registro 26469. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/01/2019

*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 2018APH001785*

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 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: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIANO GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04815

CONTA: 000000001244-4

---

Nr. da Autenticação BE368BBD515BF1A6







COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50650-802  
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**  
OZIEL MARIANO DA SILVA  
CPF: 388.300.264-82

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV PROF AGAMENON MAGALHAES 473  
VILA POPULAR/OLINDA  
53235-018 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](http://www.celpe.com.br)

**DATA DE VENCIMENTO**  
26/10/2018  
**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
17,78

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
20/10/2018  
**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
20/10/2018  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
036181417

**CONTA CONTRATO**  
000676751025  
**Nº DO CLIENTE**  
2000326531  
**Nº DA INSTALAÇÃO**  
0002132736

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

**RESERVADO AO FISCO**  
7A02.0FFE.0906.0B4B.4880.CA9B.8A20.6744

### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,54114961	16,23
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,55
<p>05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETURA DE SEGUROS LTDA 12 MAR 2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE</p>			
<b>TOTAL DA FATURA</b>			17,78

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00		0,00	17,78	0,84	0,11
				17,78	2,98
					0,52

EN ATÉ 15 DIAS DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE					
Vencido	De Rece	Valor	Vencido	De Rece	Valor
26/02/18	01/01/18	18,18	27/07/18	21/06/18	19,38
28/08/18	18/08/18	18,58	27/09/18	23/07/18	19,53

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em processo judicial. Caso a suspensão do fornecimento paralela por falta de pagamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também estar sujeita conforme os critérios definidos no Art. 98, RES 414/Anexal. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54114961		kWh
		OUT 18	32
		SET 18	30
		AGO 18	30
		JUL 18	30
		JUN 18	30
		MAY 18	30
		ABR 18	30
		MAR 18	30
		FEV 18	30
		JAN 18	30
		DEZ 17	35
		NOV 17	42
		OUT 17	36

Faturado pelo mínimo da fatura - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO kWh		
00000001140764743	CAT	10/09/2018	2.268,00	20/10/2018	2.268,00	31	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	COMUNTO	VALOR AMPLIADO	SEJA MONSAL	SEJA TRIM	SEJA ANUAL
ago/2018					
DIC-Não de hora sem Energia	SÃO GENÉZIO	0,00	4,95	0,01	18,82
FIC-Não de hora sem Energia		0,00	3,17	0,33	13,76
DAC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR 13,32
EURO-Valor do Encargo de Uso = R\$ 9,35					
Cada Consumidor pode solicitar a suspensão dos indicadores DTC, FIC, DAC e DICR e qualquer tempo.					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
Pague no ponto mais perto de você as variedades: rua rio grande do sul jardim brasil / edifício: av joaquim nabuco 339 7.Leia completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br).  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
Isenção do ICMS conforme Art. 9, XI, VIII, a, 2, I, 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 encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**DESTAQUE AGUA**

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000676751025	10/2018	17,78	26/10/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000001 177800110000 676751025109 131445602232



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

### 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/BIBLIOTECABEB/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 COAF<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FABIANO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114 / 36

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEX da Vítima FABIANO GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-SE Renda: RECUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES</u>	Número: <u>973</u>	Complemento:
Bairro: <u>VILA POPULAR</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.230-010</u>	Tel. (DDD): <u>1819.8488-7131</u>

Local e Data: OLINDA, 12 DE JANEIRO DE 2019

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Assinatura do Declarante

22 FEV 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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=L&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 COAF<sup>1</sup>.<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 9.633/98.Pelo exposto, eu ALLIONE GOMES DA SILVAinscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664, 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do BeneficiárioFABIANO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114, 36do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FABIANO GOMES DA SILVA.inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.076.114, 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. PROF. ALMIRANTE MALMILHAES</u>	Número: <u>443</u>	Complemento:
Bairro: <u>VILA POPULAR</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53.230-010</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 9.8488-7131</u>

Local e Data: OLINDA, 01 DE MARÇO DE 2019Allione Gomes da Silva  
Assinatura do Declarante05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 MAR 2019

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1058082/2018.

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA.

Foi atendido às 19h19 do dia 25.11.2018.

Diagnóstico provável: fractura exposta de osso  
de perna E

(cuidado com fraturas)

Tratamento realizado: clivus + H= cirurgia de  
fractura exposta de osso de perna E  
(25/11, 28/11).

Rx perna, braço, de bacia, de coluna  
exceção.

Obs. alta com órtese em 30/11/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 05/02/19.

SE  
DE  
MA  
RECEBUE  
2019

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040 02.494/0001-4  
Fones: 31815451/31815572

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 FEB 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1041014	ATENDIMENTO: 01058372
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/1978	FOI ATENDIDO EM: 25/11/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 30/11/2018 ÀS 14:09	

**Diagnóstico Provável:**

1- FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA

**Observação:**

- 1- ALTA DA ORTOPEdia
- 2- RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO
- 3- ANTIBIOTICOTERAPIA POR 15 DIAS
- 4- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
- 5- RETORNO À EMERGÊNCIA EM CASO DE INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS AO PRESENTE INTERNAMENTO
- 6- FISIOTERAPIA MOTORA (20 SESSÕES)
- 7- USAR ANTICOAGULANTE ORAL CONFORME ORIENTAÇÃO
- 8- CURATIVO DIÁRIO

**Encaminhado para:**

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia COM DR GUSTAVO TORRES EM 3 SEMANAS

*Thales Carlos de Lacerda*  
2º TEN. MEDICO  
CRM-PB 10564  
IDT: 070518372-2

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº.26524

Recife, 30, NOVEMBRO, 2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Uma Vista - CEP: 50.060-010  
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX) 81 - 3181-5400





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1058082/2018.

NOME: FABIANO GOMES DA SILVA.

Foi atendido às 19h19 do dia 25.11.2018.

Diagnóstico provável: fratura exposta de osso da  
perna esquerda  
(Acidente automobilístico)

Tratamento realizado:

trat. cirúrgico de fratura exposta  
de osso da perna esquerda em 25/11/18  
Retirada de fixador externo + Trat.  
cirúrgico de fratura exposta de osso  
de perna esquerda em 28/11/2018  
Obs. Exames complementares  
Trat. de suporte clínico  
Ata em 30.11.2018

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 20.02.2019

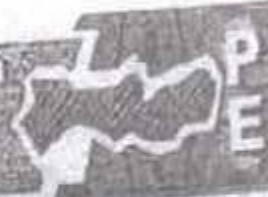
SES - Hospital da Restauração  
Dr. Franklin Costa  
Médico Assistente

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS/EMPRESAS  
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL. TRACÇÃO CORRETORA  
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040 DE SEGUROS LTDA  
Fones: 31815451/31815572

26 APR 2019  
Rua da Aurora, 14175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 56.060-010  
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TREINAMENTO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME  
**FABIANO GOMES DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**4947993 SDS PE**

CPF  
**023.076.114-36**

DATA NASCIMENTO  
**12/10/1979**

FILIAÇÃO  
**MANOEL GOMES BEZERRA**

**LUIZA FARIAS DA SILVA**

PERMISSÃO  
**00000000000000000000000000000000**

ACC  
**00000000000000000000000000000000**

CAT. HAB.  
**AD**

VALIDADE  
**29/08/2023**

1ª HABILITAÇÃO  
**13/01/2006**

Nº REGISTRO  
**03766430438**

OBSERVAÇÕES  
**CETCP**  
**EAR**

*Fabiano gomes da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE, PE**

DATA EMISSÃO  
**30/08/2018**

*Charles Andrews Sousa Ribeiro*  
Diretor Presidente  
ASSINATURA DO EMISSOR

**45258159911**  
**PE087277875**

**PERNAMBUCO**

05.802.004/0001-11  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 FEV 2019

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

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1680145987**

PROXIMO PLASTIFICAR  
**1680145987**

