

Atendimento: 1049568

Senha da Classificação:

0023

Data e Hora: 08/02/2019 08:22

Paciente: 336034 ALCIDES GOMES PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/04/1982 Idade: 36 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA SEVERINA PEREIRA

Nome do Pai: JOSE GOMES PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA SITIO PICULTA

80

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Cep: 55905970

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade): 6148141

SDS/PE

Data de Emissão:

CNS: 708202615177948

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03924249407

Fone: 81869166

FAT

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: / /

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

alergia de pele de
no

70 e mais e a PL
d.

EXAME FÍSICO:

- ECG normal em repouso
- ECG em repouso

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Prurido de etiologia alérgica

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PL e mais e a PL

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

<i>PL e mais e a PL</i>	
<i>- tab. 100mg - 1x/dia</i>	
<i>- Pomada em local afetado</i>	
<i>- 2x/dia</i>	
<i>- 2x/dia</i>	

Médico / Cremede:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(x) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Cremede:

Tm - 100mg

UPA IGARASSU

HMA: 5615566

Am

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/02/2019 08:02

Nome Paciente: ALCIDES GOMES PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/04/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0023
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/02/2019 08:16 - 08/02/2019 08:18

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE TRAUMA EM MAOS APOS QUEDA DE MOTO

Observação:

DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

F. igrãma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. DISTOLICA: 93.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/02/2019 08:18

PREFEITURA DE
GOIANA



UBS GAMBÁ
Rua Edval Soares, nº100 - Gambá - Goianá
Município: 260620 - CNES: 243403
INE: 0000142751

UNIDADE: Unidade Básica de Saúde do Gambá
VEÍCULO: Hm. S. N. América PLACA: PE-3759 Nº ORDEM:
KM/SAÍDA: 760,782 KM/CHEGADA: 760,774
HORA SAÍDA: 04:00 HORA CHEGADA: 04:50
DESTINO DE ATENDIMENTO:
NOME DO MOTORISTA: Emanuel Ramon CPF: 07984824436
MAT./PORTARIA:

NOME DO PACIENTE E ENDEREÇO

Alsidio Gomes Pereira
Sítio Picota - J. T. P. da Pa



saída

DADOS DE ABASTECIMENTO



chegada

POSTO:

CIDADE:

KM/ABAST.

HORA DE ABAST.

OBSERVAÇÕES DO ROTINEIRO

Sair da unidade para levar uma paciente
que está com dor de dente com exatidão
na mão em e não conseguiu levar mais
deixei a mesma na unidade de T. P. da Pa
e voltei para unidade

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

AUTORIZADO POR:
CPF:

ASSINATURA



Emanuel Ramon

ASSINATURA DO MOTORISTA

CPF: 07984824436

DATA: 07.02.19

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

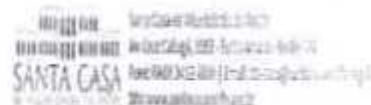
Relatório Médico de Alta

Nome: **ALCIDES GOMES PEREIRA**

Reg.: 626608 Pront.: 1161263

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 09/04/1982

Conv.: RETAGUARDA GETULIO



Idade: 36

Admissão: 10/02/2019 14:55

Alta: 13/02/2019 08:55

Admissão:

FRATURA EM PUNHO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	10/02/2019 14:55	13/02/2019 08:55	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Inalterado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

Atendimento: 1049792

Senha da Classificação:

0008

Data e Hora: 09/02/2019 01:59

Paciente: 336034 ALCIDES GOMES PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 09/04/1982 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA SEVERINA PEREIRA

Nome do Pai: JOSE GOMES PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA SITIO PICULTA

80

Bairro: TEJUCO PAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Cep: 55605970

Usuário Atendimento: MARCOSMRS

RG (Identidade): 6148141

SDS/PE

Data de Emissão:

CNS: 708202615177948

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03924249407

Fone: 81669166

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

4 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIANA
Secretaria de Saúde e Bem-Estar Social

Unidade Mista de Tejucupapo
ATESTADO MÉDICO

Atesto _____ que _____
Segurado, _____
foi submetido à tratamento médico nesta data. Por motivo de doença
CID-10 nº 552 Em decorrência, deverá permanecer
afastado de suas atividades laborativas por um período de
20 (vinte dias) a partir desta data.

UNIDADE MISTA DE TEJUCUPAPO
Rua do Rosário, S/nº - Tejucupapo
CMGS 2428679

Goiana-PE, 09 de 02 de 19.

Hospital ou Ambulatório

Ass. Do Médico - CRM. Nº _____
Dr. Gilmar Almeida Ferreira
CRM 35464
CONSELHO 13451

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo
o (a) Dr. _____ a redigir o
diagnóstico codificado (CID_10) ou por extenso neste atestado médico.
(_____)

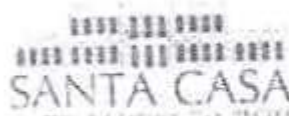
Ass. Do paciente ou Responsável.

RUA DO ROSARIO - S/N, CEP - 55.900.000, TEJUCUPAPO - GOIANA - PE
E-mail - unimistateju@outlook.com - Fone - 3616-9339

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ALCIDES GOMES PEREIRA

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

CID: S525

Recife, 13/02/2019


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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: ALCIDES GOMES PEREIRA
DATA: 13/02/2019

Prescrição Médica

1) DÍPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/02/2019 01:56

Nome Paciente: ALCIDES GOMES PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/04/1982
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0008
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/02/2019 01:56 - 09/02/2019 01:57

SHIRLEY EMANUELA FRAGOSO DA SILVA - COREN: 11350 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE RETORNA DO HOSP MIGUEL ARRAES COM CONTRA REFERENCIA POR SUPER LOTAÇÃO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

Acolhido(a) por: SHIRLEY EMANUELA FRAGOSO DA SILVA - COREN: 11350 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/02/2019 01:57

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alcides Gomes Pereira Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	
08/02/19 (11h)	Paciente admitido na Sala Amarela, com H/D de fratura de M3D, com tala gessada M3D + curativos oclusivos em mãos E. Consciente, orientado, deambula. Nega HMA, DM e alergias. - II - Em tempo, aguarda remoção pl HMA. - II -
17:15	Transferido ao HMA em ambulância
09/02/19	Paciente retornar do HMA a contra-referência por Superlotacao. TOR, consciente, bem-estar, eufórico, agitado. segue aguardando transferência.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
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: ALCIDES GOMES PEREIRA
DATA: 13/02/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 08/02/19 HORA: 11:00

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Nicholas Gomes Pereira Idade: 36 Nº do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura de M51

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: neg () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras: _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom ☒ Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocrado () Hipocrado ☒ Aclanótico () Cladótico ☒ Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Inconsciente () Torporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorresposta

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

☒ Afetado () Febre T. AXILAR = _____ °C FR _____ ipm Sat O2 = _____ % () Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Entubado
MURMÚROS VESICULARES: ☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepantes PC ☒ bpr
PA _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rímico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Perférico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ PVO () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Glóbulo () Plano
() Dolorado () Acolito () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Muco () Líquida () Melana () Odor fético () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmese () Hematéciese ☒ melena ☒ melena ☒ melena
05-802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS 1001-41
14 MAI 2019

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ () Ausente ☒ Espontânea () SVD () SVA () Cistotomia () Irrigação () Cateter
() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim () Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim () Não
() AMPUTACÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta _____ Para _____ Aborto DUM _____ / _____ / _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____

SOLICITAÇÃO DE EXAME OU PROCEDIMENTO

EXAMES DE RX

DIA 22/03/19

7h horas.

CARTÃO DO HOSPITAL SANTO
AMARO

370 - 1626-PE

DGC, IDENTIDADE

6148141

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

EXAME OU PROCEDIMENTO SOLICITADO
RX PUNHO DIR - AP/LAT/OBLIQUAS

CÓDIGO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

PACIENTE

DATA

DATA

DATA

SEM. TALA
=

CONSULTAS MARCADAS		
DATA	HORA	MÉDICO(A)
28/02/19	9.00	Azouli
28/03/19	9.00	Azouli
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 626606 Prontuário: 1161263 Data de Nascimento: 09/04/82 Idade: 36 ANO(S)
Nome do Paciente: **ALCIDES GOMES PEREIRA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA SEVERINA PEREIRA
CPF: 03924249407

Data: 21/02/2019

LAUDO PUNHO DIREITO AP/P

Recife, 21-02-2019 06:54

Exame para controle de tratamento cirurgico.

CHAPA: 119.47345

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 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: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY CRM: 10755. Data e Hora: 21/02/2019 13:53:13.

UMA: 5615566

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: ALCIDES GOMES FERREIRA Idade: 26
Sexo: M () F () Profissão: MAE MARIA SEVERINA FERREIRA Fone: ---
Endereço Residencial: --- Bairro: ---
Cidade: GOIANA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: ---
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda () Altura Aproximada --- Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo --- () Arma Branca/Tipo: ---
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: ---
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: sem relatos de trauma

Hipótese Diagnóstica: Fraqueza por trauma

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): --- Temperatura: --- F.C.: --- P.A.: ---
Vias Aéreas: FR --- Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

RECIFE-PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 07/02/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 07/02/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Aldo Gomes Pereira	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura radio distal Dir.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): osteossintese com placa e parafusos	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dim. deficit de força, atropia
2º muscular no antebraço Dir
3º deficit de ADM no punho Direito
4º com perda funcional de 50%
5º no punho Direito

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 07/05/19 A 07/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Goiano PE DATA 07/05/19

05.802.494/0001-41
TRANSATLANTIC
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

TRANSFERÊNCIA – PLANTÃO RESTRITO

NOME: ALCIDES GOMES PEREIRA

REGISTRO: 122812

REENCAMINHO O/A PACIENTE SUPRACITADO/A AO SERVIÇO DE ORIGEM, POIS O PLANTÃO ENCONTRA-SE RESTRITO (APENAS PARA FRATURAS EXPOSTAS E DEMAIS URGÊNCIAS/EMERGENCIAS ORTOPÉDICAS), DEVIDO À FALTA DE ESPAÇO FÍSICO E LEITOS DISPONÍVEIS PARA ADMISSÃO; POR CONTA DA SUPERLOTAÇÃO DESTES SERVIÇO, SOB ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ORTOPEDIA E DIREÇÃO MÉDICA DO HOSPITAL, ORIENTO RETORNAR AO SERVIÇO DE ORIGEM E TENTAR NOVO CONTATO COM A EMERGÊNCIA DESTES HOSPITAL PARA RETORNO NOS PROXIMOS PLANTÕES E SEGUIMENTO DO SEU TRATAMENTO.

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

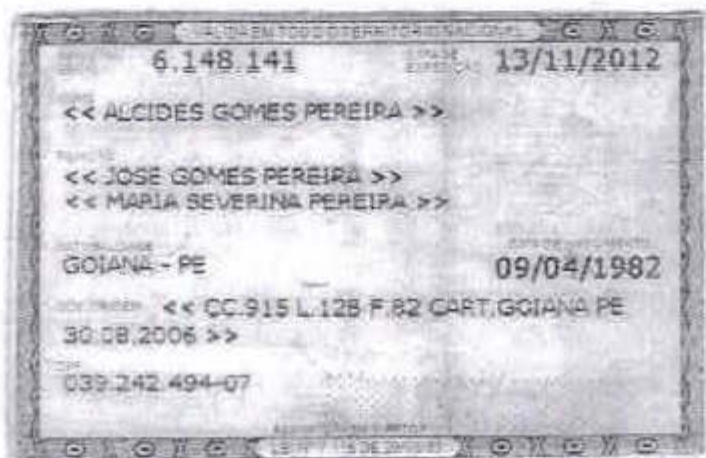
08/02/19

AGRADECEMOS A COMPREENSÃO**PAULISTA,**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 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

14 MAI 2019

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

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO
 CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

NOME: **JOAO WILLERSON BARRALHEIRA DE CARVALHO**
 SOC. CIVIL DO REGISTRO: **0339125-000-22**
 CPF: **083.542.928-85** DATA DO NASCIMENTO: **01/11/1981**
 ENDERECO: **MARCELO ANTONIO ALBUQUERQUE
DE TR. CARVALHO
RUA DE ALEXANDRE
BARRALHEIRA ALBUQUERQUE**
 CIDADE: **BOA VISTA** ESTADO: **PA**
 DATA DO REGISTRO: **02/03/2000** DATA DA VALIDACAO: **12/03/2010**

NOME: **JOAO WILLERSON BARRALHEIRA DE CARVALHO**
 SOC. CIVIL DO REGISTRO: **0339125-000-22**
 CPF: **083.542.928-85** DATA DO NASCIMENTO: **01/11/1981**
 ENDERECO: **MARCELO ANTONIO ALBUQUERQUE
DE TR. CARVALHO
RUA DE ALEXANDRE
BARRALHEIRA ALBUQUERQUE**
 CIDADE: **BOA VISTA** ESTADO: **PA**
 DATA DO REGISTRO: **02/03/2000** DATA DA VALIDACAO: **12/03/2010**

NOME: **JOAO WILLERSON BARRALHEIRA DE CARVALHO**
 SOC. CIVIL DO REGISTRO: **0339125-000-22**
 CPF: **083.542.928-85** DATA DO NASCIMENTO: **01/11/1981**
 ENDERECO: **MARCELO ANTONIO ALBUQUERQUE
DE TR. CARVALHO
RUA DE ALEXANDRE
BARRALHEIRA ALBUQUERQUE**
 CIDADE: **BOA VISTA** ESTADO: **PA**
 DATA DO REGISTRO: **02/03/2000** DATA DA VALIDACAO: **12/03/2010**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOA
DE SEGUROS LULA

21 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
9121-1111-DE

3190/321890

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

VALIAZ DO TITULO
E IDENTIFICACAO
1019700386

Nome: **JOAO VICTOR MANGABEIRA DE CARVALHO**
CPF: **8217228-0** RG: **1019700386**
Data de Nascimento: **10/10/1991**
Sexo: **M**
Endereço: **AVENIDA ANTONIO ALBUQUERQUE
DE DE CARVALHO
NÚMERO 100
MANGABEIRA ALBUQUERQUE**
Cidade: **BOA VISTA** Estado: **CE**
Data de Emissão: **08/05/2012** Data de Validade: **10/05/2012**

Assinatura: *[Assinatura]*
Data: **10/05/2012**
Local: **BOA VISTA**

1019700386

DETRAN - DE (PERMUNICACAO)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAI 2012

Rua da Aurora, Nº 125, SL 903 BL. 2
Boa Vista - CEP 50.060-010

71111111

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

5190/321990

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1019700386

NOME
LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

8317118 SDS PE

CPF

083.562.324-65

DATA NASCIMENTO

01/11/1991

FILIAÇÃO

MARCUS ANDRE ALBUQUERQ
UE DE CARVALHO
ROBERTA ALESSANDRA
MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

04903238220

VALIDADE

09/01/2020

1ª HABILITAÇÃO

18/03/2010

OBSERVAÇÕES

sem observações

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2015

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-81, C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO

12/01/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

16440965286
PE064115453

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1019700386

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321890 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA **Data do acidente:** 08/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190321890 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA **Data do acidente:** 08/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: ALCIDES GOMES PEREIRA

RG/CNH/CTPS : 6.148.141 SDS/PE CPF: 039.242.494-07

Profissão: VIGILANTE

Estado Civil: CASADO

End: RUA DA SAUDEADE, Nº36 ,TEJUCUPAPO,GOIANA,PE 55900-000.

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado

End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA.

ACIDENTE: 07/02/2019

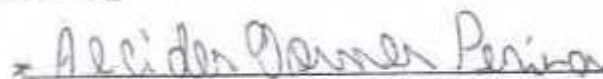
COBERTURA: INVALIDEZ

GOIANA/PE, 29 / 03 / 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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



OUTORGANTE (POR AUTENTICIDADE)



Serviço Notarial e Registral do 4º Ofício/Cartório Maria Helena
Rua De Manoel Bento nº 144, Povoado (Jardim) - 55030-000 - Goiana - PE - www.4ooficiocartoriope.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: ALCIDES GOMES PEREIRA, Dou fé.
Goiana, 29/03/2019, Em test. da Verdade. A tabelião

Emp. R\$ 3,50, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40, Total: 4,70. Selo:

6077626 02G03201902.00881 consulte a autenticidade em www.

lpa.jus.br/selodigital

Joaquim Manoel Barbosa Neto



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Número do Sinistro: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Comprovante de residência

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/05/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Número do Sinistro: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/05/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Número do Sinistro: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/05/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Número do Sinistro: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Número do Sinistro: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0160629/19

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

CPF: 039.242.494-07

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCIDES GOMES PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ALCIDES GOMES PEREIRA : 039.242.494-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

Data do Acidente: 08/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALCIDES GOMES PEREIRA

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190321890

Vítima: ALCIDES GOMES PEREIRA

Data do Acidente: 08/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIDES GOMES PEREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALCIDES GOMES PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000011815-0**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 ASI: _____ CPF da vítima: 039.242.494-07 Nome completo da vítima: Alcides Gomes Pereira

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

Nome completo: Alcides Gomes Pereira CPF: 039.242.494-07

Profissão: religioso Endereço: Rua da Saudade Número: 36 Complemento: _____

Bairro: Tejucupapo Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000

E-mail: alcesgomes@gmail.com Tel. (DDD): (71) 3626-5771

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (71) 9.1508-6283
(71) 9.3626-5771

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0774 ☐ CONTA: 11815 ☐ 0 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 (assinale 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, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Goiana - PE 07.05.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário(a) declarante

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: TRACÃO CORRETORA
CPF: DE SEGUROS LTDA

Assinatura

14 MAI 2019

2º Nome: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
CPF: Boa Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

17/04/2019 10:4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134001205

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/04/2019 às 11:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/2/2019 às 05:40

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO GAMBA - GOIANA/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE GOIANA, 1 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA FILHO (OUTRO)
ALCIDES GOMES PEREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ALCIDES GOMES PEREIRA

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

ALCIDES GOMES PEREIRA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SEVERINA PEREIRA Pai: JOSÉ GOMES PEREIRA Data de Nascimento: 04/1982 Naturalidade:
GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: SÍTIO PICUTA, N° 90 - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO
DE GOIANA, TEJUCUPAPO - CEP: - Bairro: - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA FILHO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAURÍCIO JOSÉ FERREIRA
FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): ALCIDES GOMES PEREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 100 START Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAI 2019

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policias Civil/Infopol/xml/BOEPrevis.

Placa: **PCW7423** (PERNAMBUCO/GOIANA)
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA RODOVIA QUE VAI PARA PONTA DE PEDRAS, GOIANA-PE, NO SÍTIO GAMBÁ, PRÓXIMO À IGREJA; QUE SURTIU UM CACHORRO NO MEIO DA RODOVIA E A VITIMA COLIDIU COM O MESMO; QUE NA QUEDA LESIONOU O PUNHO DIREITO; QUE FOI ATENDIDO PELA AMBULÂNCIA DO GAMBÁ E FOI LEVADO AO HOSPITAL DE TEJUCUPAPO, GOIANA-PE; QUE DE LÁ FOI REMOVIDO PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS-PE, DEPOIS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, EM SEQUIDA PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS NOVAMENTE E FINALMENTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL SANTA CASA, NO BAIRRO DE SANTO AMARO, RECIFE-PE, ONDE FOI CIRURGIADO.

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

Alcides Gomes Pereira
ALCIDES GOMES PEREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **STEFANO VILAZIM DE MATTOS** - Matrícula: **221837-1**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 039.242.494-07 Nome completo da vítima: Aleides Gomes Pereira

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

Nome completo: Aleides Gomes Pereira CPF: 039.242.494-07
Profissão: revisor Endereço: Rua da Saudade Número: 36 Complemento: _____
Bairro: Tupacupapo Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: aleidesgomes@gmail.com Tel. (DDD): (71) 3636-5771

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0774 CONTA: 11815 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Goiana - PE 07.05.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: 14 MAI 2019
2ª Nome: Rosa da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C CPF: Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Atendimento: 1049568

Data e Hora: 08/02/2019 08:22

Senha da Classificação:

0023

Paciente: 336034 ALCIDES GOMES PEREIRA

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 09/04/1982 Idade: 36 anos

Nome da Mãe: MARIA SEVERINA PEREIRA

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Pai: JOSE GOMES PEREIRA

Endereço: RUA SÍTIO PICULTA

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Cidade/UF: GOIANA

PE

80

Bairro: TEJUCOPAPO

RG (Identidade): 6145141

SDS/PE

Cep: 55905970

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03924249407

Data de Emissão:

CNS: 708202615177948

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Fone: 81869166

Data de Emissão CRN:

FAT

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

dores de cabeça de

20 dias mais ou menos

EXAME FÍSICO:

- Cor normal, em boa estado

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Transtorno de ansiedade

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Exames de sangue e urina

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLOC

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1. Clonazepam 0,5mg 2x ao dia

Médico / Crenepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Crenepe:

Tm - 10/10/19

UPA IGARASSU

HMA: 5615566

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: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIDES GOMES PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000011815-0

Nr. da Autenticação C31FDD15C618668F



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Comitê Gestor de Pernambuco
Av. João de Barros, 171, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
CNPJ: 19.832.432/0001-08 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA BEVERINA DA CONCEIÇÃO

CPF: 048.048.454-41

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA FOLHA FISCAL

0000000000

DATA DE EMISSÃO

02/02/2019

DATA DE VENCIMENTO

15/02/2019

DATA DE PAGAMENTO

15/02/2019

DATA DE RECEBIMENTO

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

RUA DA SALVADORA 36

TELAJOUPOTEJAJUPAPO
GOIANA-PE
55000-000

CONTA CORRENTE

7017386703

DATA DE EMISSÃO

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

15/02/2019

DATA DE PAGAMENTO

15/02/2019

DATA DE RECEBIMENTO

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO

15/02/2019

DATA DE VALIDADE

15/02/2019

DATA DE CANCELAMENTO

15/02/2019

18,69

Consumo Atualizado

Multa por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

Juros por atraso: R\$ 0,00

TOTAL DA FATURA

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL
20.000.000	0,5434887	10.869,77
		10,87
		10,87
		10,87

PERÍODO	DATA	LEITURA	ATUAL	DEBITO	CREDITO	AGI	DEBITO	CREDITO	TOTAL
01/01/19	01/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
02/01/19	02/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
03/01/19	03/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
04/01/19	04/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
05/01/19	05/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
06/01/19	06/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
07/01/19	07/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
08/01/19	08/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
09/01/19	09/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
10/01/19	10/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
11/01/19	11/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
12/01/19	12/01/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
01/02/19	01/02/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
02/02/19	02/02/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
03/02/19	03/02/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
04/02/19	04/02/19	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.00			



AVENIDA CRUS CARDEA - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CNPJ: 00.939.938/0001-64
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014389-2
CNPQ: 08.769.938/0001-64
Qualidade da Água: www.compessa.pe.br

Nº Documento: 20190310399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

N.º DO CANTAR, N.º 00170 - CASA-0 - CENTRO GOIANA PE 55000-000

Inscrição: 042.490.745.0134.000

GRUPO: 13

Leitura automática: 01039944.0

01039944.0

03/2019-2

LIGADO	POTENCIAL			
A107153958	02/02/2019	07/04/2019		REEL /
Assinatura			ESGOTO	
LEIT. ANT.: 343	CONSUMO: 1		LEIT. ANT.: 343	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 344			LEIT. ATUAL: 344	
LEIT. FAT.: 344			LEIT. FAT.: 344	
HISTÓRICO DE CONSUMO				
PERÍODO				
02/02/19	1/			
01/02/19	1/			
12/01/19	9/			
11/01/19	1/			
10/01/19	10/			
09/01/19	1/			
MÉDIA	4/ 8			
PARÂMETROS				
EXIST. TELA POST.				
MS 2.814/11				
TURBIDIDADE	45			
CON. APARIC. DE	45			
CLOREO RESIDUAL	45			
CONSUMO TOTAL	45			
E.C.O.L.I.	45			
OBSERVAÇÕES:				
CONDIÇÕES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO				
CONDIÇÕES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO				
CONDIÇÕES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTO				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 R\$

85,75

21,19

VIA	10,00	1,00	1,00
COPIME	40,75	7,00	4,00

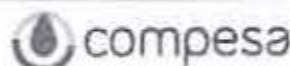
20/05/2019

87,89

ENTREGA POR: INTERNET

ENTREGA POR:

20/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VIAZAI RELATOS: 0500-0810195

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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

Arpe Agência de Seguros
de Recife-PE

0800-2813844

01039944.0

22/2019-2

20/05/2019

87,89

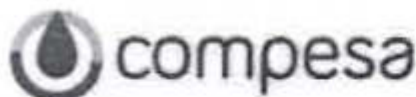
CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 87880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SANTO ANÃO RECIFE PE
CEP: 50040-000 Fone: (081) 0808 081 0185
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 08.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190110399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO

R DO CARIAS, N. 68170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55600-000

INSCRIÇÃO: 062.490.765.0134.000

GRUPO:13

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01039944.0

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
AL2F183548	07/01/2019	04/03/2019		REAL /

ÁGUA
LEIT. ANT.: 341
LEIT. ATUAL: 342
LEIT. FAT.: 342

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

DATA	CONSUMO
12/2018	8/
11/2018	1/
10/2018	13/
09/2018	1/
08/2018	10/
07/2018	14/
MÉDIA	8/ 5

PARÂMETROS	MÓDULOS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PREL. BORT. Nº 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO
TURBIDÍDEZ	54	54	54
CON. AZULADO	54	54	54
COLO. RESIDUAL	54	54	54
COLIFORMES TOTAIS	54	54	54
E.Coli	54	54	54

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 55 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) SEUS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESQUEMÁTICA COLI E COLÔNIO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS CON. E TURBIDÍDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 M3

60,75

VIA	60,75	1,83	1,00
COFINS	60,75	7,40	4,62

20/03/2019

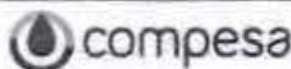
VIA DE PAGAR

60,75

ENTRADA DE PAGAR

ENTRADA DE PAGAR

20/03/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VIAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

MARCA/CEP

01039944.0

01/2019-6

20/03/2019

17 MAR 2019

VIA DE PAGAR

60,75

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

VIA DE PAGAR

60,75

DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Boa Seguros S.A.
Boa Vista - PE



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 9h 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=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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, RESERVA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. 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 Luiz Guilherme Mangabeira de Carvalho
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alcides Gomes Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.242.494 / 07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alcides Gomes Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.242.494 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiânia</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>ambrosia.goiara@gmail.com</u>	CEP: <u>55000-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 3626-3771</u>
		<u>(81) 9.9808-6287</u>

Local e Data: Goiânia - PE 07.05.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 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 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: 4020-1996 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 82 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu Maurício José Ferreira Filho
RG nº 4.743.478, data de expedição 09/05/05,
Órgão SSP - PE, portador do CPF nº 908.982.304-20
com domicílio na cidade de Goiana, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pousação de São Lourenço, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Alcides Gomes Pereira, cujo o condutor era
Alcides Gomes Pereira
Veículo: motocicleta Modelo: honda cg 160 Start Ano: 2017/2018
Placa: PCW 7423 Chassi: 9C2 KC 2500 JR 000926
Data do Acidente: 07/02/19

Local e Data: Goiana - PE

Maurício José Ferreira Filho
Assinatura do Declarante

Alcides Gomes Pereira
Assinatura do Condutor

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAI 2019

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