

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais informações, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos seguintes canais:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4000-1339 / Outras regiões: 0800-922-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para indenizações perdidas e de fato): 0800-022-12-04 | Central Orlândia: 0800-921-88-98

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistros, conforme estabelecido a Circular Susep nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www3.susep.gov.br/BIBLIOTECA/CRIVEL/DOCORIGINAL_ASPECTOPOE/CONCEPCAO

A Circular Susep nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores são obrigados a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o profissional e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A resolução não fornece as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação da referida Orlândia, esta resolução é passível de comunicação ao COAF.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PESSOAIS – SUSEP, ORGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DAS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESSARCIMENTO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ORGÃO INTEGRANTE DA EXTRATERRITORIAL DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEAR POR FINANCIAMENTO AUTONÔMO, APlicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas praticadas na lei nº 9.532/97.

Pelo exposto, eu José Orlando de Oliveira Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ 134.023.334, 73, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Orlando de Oliveira Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 073.353.914, 90
do Ministério da DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima José Orlando de Oliveira Santos

inscrito (a) no CPF sob o N° 073.353.914, 90 conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuse informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cláusula de comprovação de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 290 do Código Penal.

Endereço:	Rua MARIA HELENA 25 Condomínio	Número:	326	Complemento:
Nome:	VILA CONSILÉ	Cidade:	CHAPEA ALBÉNIA	Estado:
E-mail:	RGWY@			CEP: 55835-000 TEL (DDRR): (11) 71304-6299

Local e Data: (Chapéu Albénia (PE), 28/06/2019)

X JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23-JUN-19

Rua da Aurora, 19.175, G, 20256-000
São Paulo - CEP: 01060-010
25195-010



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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: 4020-1596 / 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

Eu, JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS

RG nº 2.208.552, data de expedição 02/08/17,

Orgão SDS, portador do CPF nº 322.016.564-87,

com domicílio na cidade de CHÁ DE ALEGRIA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

EG VENEZA, nº 49,

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

JOSÉ LAURINDO DE SANTANA, cujo o condutor era

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS.

Veículo: MOTO Modelo: CG 150 TITAN EX Ano: 2013

Placa: KLI 0176 Chassi: 9C2KC1660DR533415

Data do Acidente: 04/04/19

Local e Data:

CHÁ DE ALEGRIA

31.05.2019

José Severino dos Santos

Assinatura do Declarante

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

Bureau de Recrutement et Notariat de Chá de Alegria
RUA DO ROSÁRIO, CENTRO - CHÁ DE ALEGRIA - PERNAMBUCO, TEL: 81 3102-1596
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ
SEVERINO DOS SANTOS, EM TESTE. DA VERDADE.
DOU FÉ, CHÁ DE ALEGRIA, 31/05/2019 16:44:29
SELO: 0140200.QUE 15201.00224 CONSULTE A
AUTENTICIDADE EM www.tjpe.jus.br/seledigital



ALMA CHALEGRE LIRA - TABELIA
RG: 83.3.0072-61-047 FIRM: RESSU ALMA LIRA - PR 13/07/2019, AS 10:00 AM 14.5.0 Total



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, da segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1599 / 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 Ouvintiva: 0800 021 91 35

Eu, JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS

RG nº 2202.552, data de expedição 02/08/17,

Órgão SDS, portador do CPF nº 322.016.564-87,

com domicílio na cidade de CHÁ DE ALEGRIA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) EG VENEZA, nº 49,

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

JOSÉ LAURINDO DE SANTANA, cujo o condutor era

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Veículo: MOTO Modelo: CG 150 TITAN EX Ano: 2013

Placa: KLI 0176 Chassi: 9C2KC1660DR533415

Data do Acidente: 04/04/19

Local e Data:

CHÁ DE ALEGRIA

31.05.2019

José Severino dos Santos

Assinatura do Declarante

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

28 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PF

Registro Notarial e Registrador de Chá de Alegria
ALMA CHALEGRE LIRA - TABEJÁ
RUA DO ROSÁRIO, CENTRAL - Nº 56, CHÁ DE ALEGRIA - PERNAMBUCO, CEP: 50.060-010

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS, EM TESTE, DA VERDADE, SOU FÉ, CHÁ DE ALEGRIA, 31/05/2019 15:44:29
8860 0162280 000012010001002214 CONSULTE A AUTENTICIDADE EM www.tjpe.jus.br/sealdigital/

ALMA CHALEGRE LIRA - TABEJÁ
RUA DO ROSÁRIO, CENTRAL - Nº 56, CHÁ DE ALEGRIA - PERNAMBUCO, CEP: 50.060-010

ENTREVISTAMENTO

Nome: JAI ANTONIO DE SOUZA Senha: 123456789
Noso: 1234567890 Senha: 567894321

Mono: 100% / Peso: 100% Série: 565 3 10

Sentinel 5-125 B-625

- Estatutário do Poder Executivo (leito de hoto) -

De toutes les formes futurales il
fut le seul de faire un br. (D) terrible

Youn (18) W-to-Swab

PK-90x60-178

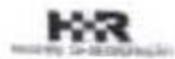
三

Hk - Vines Herbarium
5655 - 655

05.802.494/0001-41
TRIBUNAL CORRETORA
DE SEGUROS-TUB

28-11-2010
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/EE-DF

Dr. Bruno von Farben
Universität Bonn
CRIM



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Número do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

ETIQUETA

1408776		Data e Hora de Atendimento: 05/04/2019 01:11	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1673333	Paciente: JOSE LAURINDO DE SANTANA		
Data de nascimento: 14/09/2001	Idade: 17a 6m 20d	Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:	LUCIANA LUZIA LAURINDO
DOC ID / Data expedição 9855511 / 18-Dez-13	Mãe: LUCIANA LUZIA LAURINDO Pai: GERALDO DE SANTANA	Cartão SUS:	
Endereço: RUA CIRANDEIRO JOAO COLOIA	Número 250 Complemento:		
Bairro: CENTRO	UF: PE Telefone: 988348805		
Cidade: CHÁ DE ALEGRIA			
Ocorrências: 05104119 - Realizado atendimento Bucal a paciente é menina orientada sobre procedimento			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)	DIREITO CIVIL - 13 PVRS		
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social: 05104119 - Paciente com vínculo familiar			
Confirmação de nome: 05104119 - Luciana Luzia (mãe) Fones:	Assistente Social: GIL BARCELO		
Confirmação de endereço: 05104119 - Centro, bairro: Chá de Alegria	Assistente Social: GIL BARCELO		
Providências: Alta <input checked="" type="checkbox"/> Caso Social: <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tuteis <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públ. <input type="checkbox"/>			
Outros: 05104119 - Seja cortês de alto humor			
Observação: aguardar transporte ao hospital para reavaliação	Assistente Social: GIL BARCELO		
História Clínica: 05104119 - Paciente com perda de consciência 15min imóvel. - Edt - TAC crânio e cervical - Rx braço			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emetico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Transponer realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura: <input type="checkbox"/>	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Qual? 05.802.494/0001-1		
Exame Físico:			
A. Geral: Via aérea está pélva: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temperatura: Seguro	
B. Respiratório			
C. Circulatório: PA: X mm Hg		P脉搏: 120 bpm	Tratação Correta: 26/04/2019
APOIO BAIXO			

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 05/04/2019 01:03

	Nome Paciente:	JOSE LAURINDO DE SANTANA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	17
	Senha:	U0001
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME

Periodo: 05/04/2019 01:04 - 05/04/2019 01:05

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE
Cor: LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOT/MOTO HA CERCA DE 2 H E MEIA NEGA PERDA DE CONSCIENCIA APRESENTA LESAO COM EXPOSICAO OSSEA EM REGIAO FRONTAL MAIS FRATURA DE PUNHO D

Medicamento(s): 5655655

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

05/04/19

NLR

03h05

Retorno dos exames:

- TC braço: si lesões NLR

- TC coluna cervical: si lesões

NLR

05.802.494/0001-A¹
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS MDR28 PM 74
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO

Glasgow 15, não. RNM+, o/paus

CD: Alto NLR

Avul BMF

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

--

--

--

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBMF 05/04/2019 às 04:43

Paciente com história de queda de moto. Busto BCO, ZOTE, eupneico, normocorado, normocarotídeo, responso, Verbo ligeiro, deambulando, febril.

ao exame do BMF apresenta discreto edema e equimose na face (D) (sigo) periorbita (D) cuidade pessoal e motricidade ocular preservada, maxila ligeira à palpação mandibular com mobilidade e articulações preservadas.

CD - Sutura no rosto superficial (D)

- alto do BMF

OBS: em tempo INGEN Fratura da maxila (D)

CTBMF 05/04/19 08:00

Paciente vítima de queda de moto, visto consciente, orientado, eupneico, normocorado, ECG regular.

Ao exame físico aponta rubor na região frontal, equimose periorbitária (D), sensibilidade visível e limitada ao barato intenso, DPN e axilar, pinhos ao toque, lesões ósseas, boa abertura bucal.

Tc da face queimado posterior em massa

C1 (D) Alta BMF

(D) Acup tubular.

05.807.494/0001-4
TRADÃO COOPERATIVA
DE SEGUROS LTDA

21 3112-2119

www.tradiocooperativa.com.br
Av. Vinte de Setembro, 1000 - Centro
CNPJ 05.807.494/0001-40
CNPJ 12.332.550/0001-10

Paciente: José Luiz MoraesData: 05/04/19

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

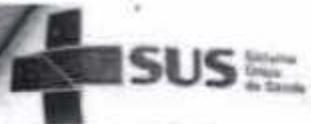
Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Físico	Total
<input type="checkbox"/> Esperotânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Comandando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (5 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
IRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franguel: _____		
A - Festa motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente	B - Apenas sensibilidade preservada E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anomalia de reflexo)	C - Motricidade não funcional preservada	
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quals: _____			
Vascular: <input type="checkbox"/> AVF _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Data:			
<input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Ótima de cicatriz			
Localização: _____	Localização: _____	Estigio: _____	
Gutam: _____			
Exames: _____			
Permane: _____			
Observações: _____ (Notas) _____			
		Ass: _____	

Data: / /

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Físico	Total
<input type="checkbox"/> Esperotânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Comandando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (5 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decor. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descobre.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
IRM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Franguel: _____		
A - Festa motora e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente	B - Apenas sensibilidade preservada E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anomalia de reflexo)	C - Motricidade não funcional preservada	
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Quals: _____			
Vascular: <input type="checkbox"/> AVF _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Data:			
<input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____			
Pele: <input type="checkbox"/> Intacta <input type="checkbox"/> Lesionada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ <input type="checkbox"/> Ótima de cicatriz			
Localização: _____	Localização: _____	Estigio: _____	
Gutam: _____			
Exames: _____			
Permane: _____			
Observações: _____ (Notas) _____			
		Ass: _____	



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES _____

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Benedito da Sotero

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1673333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

10 - TELEFONE DE CONTATO _____

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA _____

12 - TELEFONE DE CONTATO _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE _____

TAC Cervic

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE _____

TAC coluna cervical

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE _____

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE _____

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE _____

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28-JUN-2019

Rua do Amor, nº 175, 51.902 BL C
BOM VISTA - CEP: 50.000-000

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____

/ /

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

25 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) _____

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO



05.802.494/0001-41

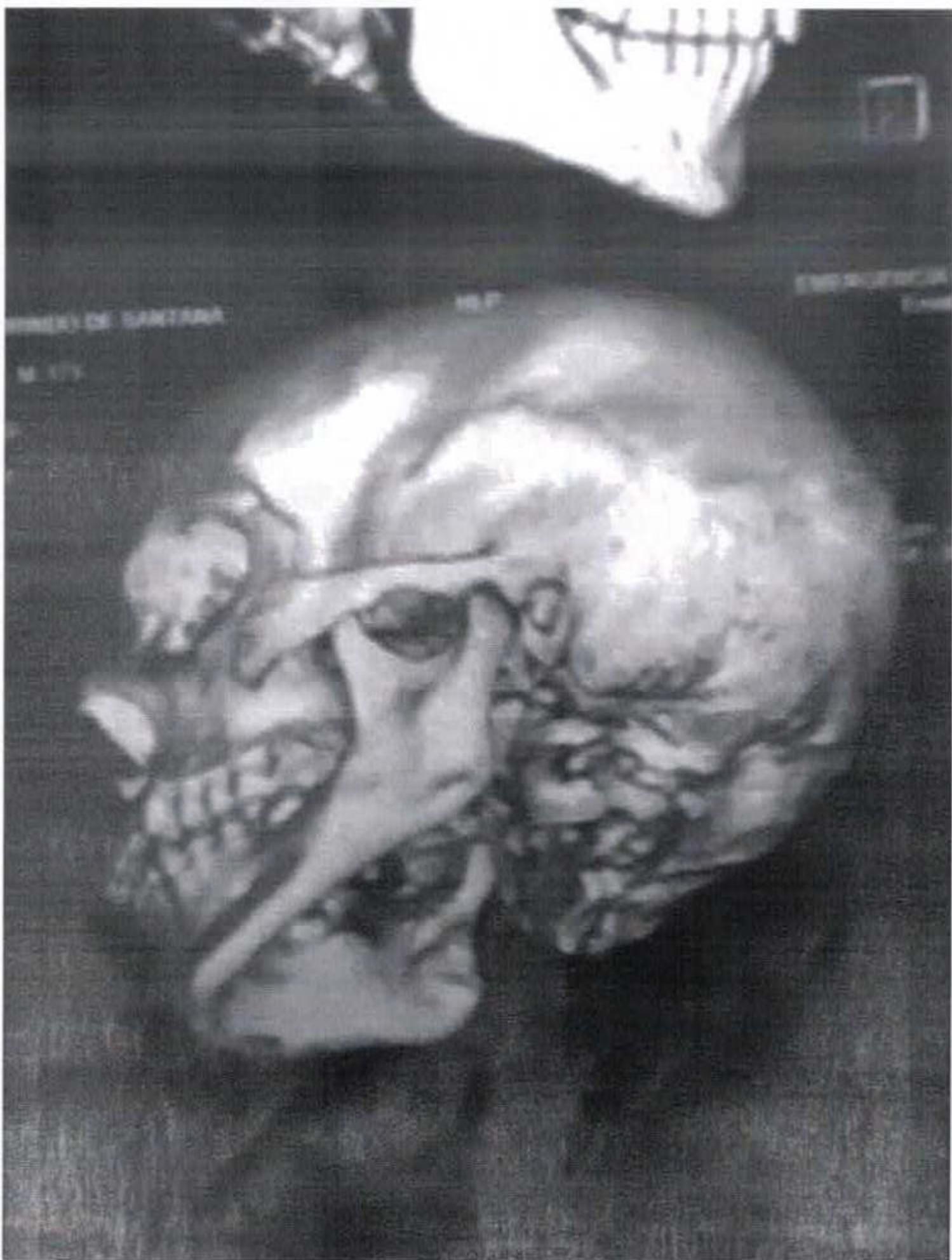
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

05115.000



DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Scanned by CamScanner

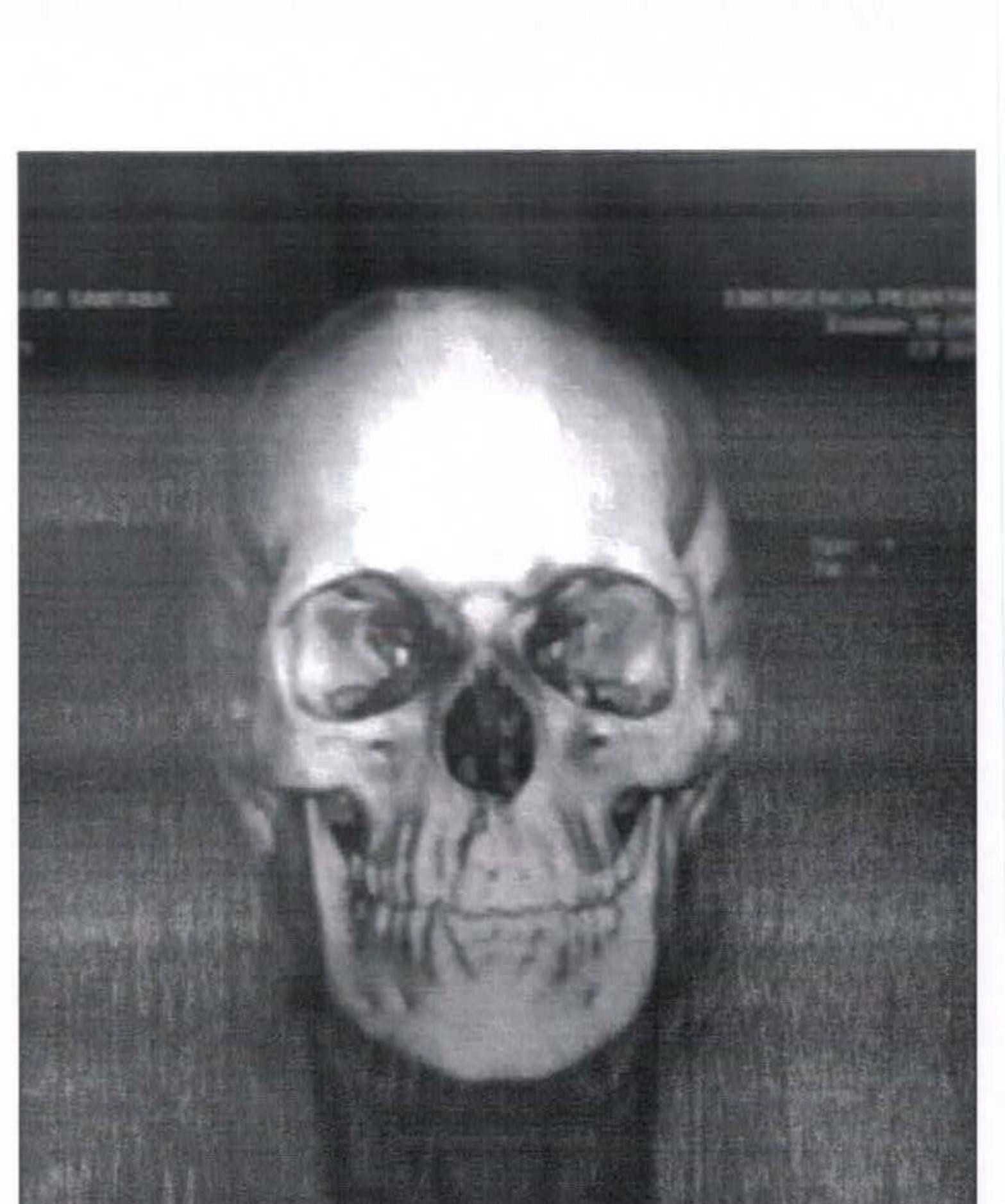


20 JUN 1984

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C

Bra Vista - CEP: 50.050-010

Scanned by CamScanner



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

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

Scanned by CamScanner

MUNICÍPIO MUNICIPAL DE SAJON

UFSCAR

CAMPUS
SAJON

ENCARTEAMENTO

Nome: José Edmundo da Silva Tavares
 Nome: (11) 43 / 3077-0010
 Senha: 5655-6555

Petição de Retirada (saindo do hotel)

De todos os bens futuros e anteriores
 que tenho de fato e direito
 (apenas o que é meu) peço liberação
depois de 10 dias de saída
para o Brasil

BR - Viseu / UFSCAR
 Hotel
 S 655 - 655

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2018

Dr. Bruno
 URBANO
 CRM 11.000

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 02 JUL 2018
 Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 B, C.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

1144-1030000
16/03/2028

Ficha de Atendimento

Número do Registro

ETIQUETA

ETIQUETA
TC 620601078
D06010010

1408776		Data e Hora de Atendimento: 05/04/2019 01:11	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1673333 Paciente: JOSE LAURINDO DE SANTANA		Data de nascimento: 14/09/2001 Idade: 17a 6m 20d Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: LUCIANA LUZIA LAURINDO	
DOC ID / Data expedição 9855511 / 18-Dez-13	Mãe: LUCIANA LUZIA LAURINDO Pai: GERALDO DE SANTANA	Cartão SUS	
Endereço: RUA CIRANDEIRO JOAO COLOIA Bairro: CENTRO Cidade: CHÁ DE ALEGRIA		Número 250 Complemento: UF: PE Telefone: 988348805	
Ocorrências: 05/04/19. Reagindo a atendimento Social a monitora e remanda orientações sobre			
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO) Descrição: abrindo - D.P.V.T. (05/04/19)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social: 05/04/19 - Paciente com vínculo social			
Confirmação de nome: 05/04/19 - Luciana Luzia (mãe) Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço: 05/04/19 - Rua Cirandeiro João Coloia, nº 250 Centro, Chá de Alegria		Assistente Social	
Providências: Alta <input checked="" type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		GDF Barreto ASSISTENCIAL	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públ. <input type="checkbox"/>		Outros <input type="checkbox"/> 05/04/19 - Sua sorte de alta hospitalar.	
Observação: aguarda transporte ao hospital para exames			
Lido de moto os 22 h., sem Sintomas de consciência e sim monitorado.			
- Edt. - TAC crânio e cervical - Rx lesões			
<p style="text-align: center;">FICHA DE ATENDIMENTO</p> <p style="text-align: right;">Assinatura: [Signature]</p>			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Episódio Embarco: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Tipo: Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Por Quê?	
05.802.494/0001-4			
Exame Físico:			
A: Geral: Via aérea está pélvica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp.: SEGURO	
TRACÃO CORRETA			
28/04/2019			
B: Respiratório			
Rua da Águia, 18-175, bl. 902 B Bela Vista - CEP: 50.060-030			
C: Circulatório PA X mm Hg		P脉搏 110 bpm	
APOIO BAIXO			

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 05/04/2018 01:03

MANCHESTER V2

Nome Paciente:		JOSE LAURINDO DE SANTANA
Cód. Paciente:		
Data de Nascimento:		
Sexo:		Masculino
Idade:		17
Senha:		U0001
Convênio:		-
Atendimento:		
SAME:		SAME
Periodo: 05/04/2019 01:04 - 05/04/2019 01:05		
ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO		
Prioridade:	LARANJA - MUITO URGENTE	
Cor:	LARANJA	
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOT/MOTO HA CERCA DE 2 H E MEIA NEGA PERDA DE CONSCIENCIA APRESENTA LESAO COM EXPOSICAO OSSEA EM REGIAO FRONTAL MAIS FRATURA DE PUNHO D	
Medicamento(s):	5655655	
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFALICO	
Discriminador(es):	- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?	
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO	
Sinais Vitais Lidos:	<ul style="list-style-type: none"> - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15 - REGUA DE DOR: 6 	

05/04/19

N.C.

03h05

Retorno dos exames

- Tu hāno' si lesōes NRP

The culture went off less well

۱۴۲

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS (108)

Geogia 15, no. 2247, 0. pines

CD: Aeto v.p.

Avol BMF

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



EVOLUÇÃO CLÍNICA

~~# CTBMF 05/04/2019 04:43~~

Paciente com história de queda de moto. Vista Boa, Zote, espumoso, Normoclorado, normocálcico, fios pausivo, Verbalizado, deambulando, afetivo.

do exame do BMF apresento decreto edema e equimose na fralda () (figo) periorbita () - cuidade visual e motricidade oculor preservados, maxila frigida à palpação e mandibula com mobilidade e articulações preservadas.

CD - Sutura no regras superciliar D

- Alta do Bunt

OBS: em tempo futuro Fratura da maxila 60% (P)

CTBNF 05/04/19 08:00

Paciente vítima de queda de moto, vento consoante, ondulado, espesso, nonocord, EGPrg

As cintas pincéis apontam para o eixo x (eixo frontal), expressam percepções de profundidade, auxiliando visualmente o leitor a entender o que está acontecendo, o PN é auxiliado pincelar os tipos, traços, cores, texturas, tons, intensidades.

Tc de pace gregori pietro in morte

c) Alta BnF

Oscor Ambrosh

05.802-454/0001-4
TRAVAÇÃO CORRETORA
DE SINDICATO DE LIDER

1990-1991

Paciente: 7080Data: 05/04/19

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow

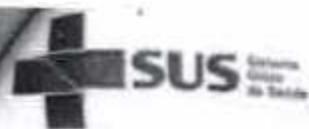
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Motricidade	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (descrit. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descrit.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
IRM: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquei: _____	B - Apenas sensibilidade preservada E - Reusto sensitivo e motor completo (pode haver anomalia de reflexo).	C - Motricidade não funcional (presente)
A - Perta motores e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT Outros Quals _____			
Medicamentos: <input checked="" type="checkbox"/> RNP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Data:			
<input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta
Emissões Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação e _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Diurésis: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspects: _____			
Pálpebra: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Laxitada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ Duração de decubito: _____			
Localização: _____	Localização: _____	Estágio: _____	
Quênia:			
Exames:			
Perímetros:			
Observações: _____ / _____ / _____		Ass: _____	

100 BMT

Data: _____

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Motricidade	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> Ador (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - si localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (descrit. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (descrit.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<u>15</u> pontos
IRM: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Franquei: _____	B - Apenas sensibilidade preservada E - Reusto sensitivo e motor completo (pode haver anomalia de reflexo).	C - Motricidade não funcional (presente)
A - Perta motores e sensitiva completa D - Motricidade funcional presente			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT Outros Quals _____			
Medicamentos: <input type="checkbox"/> RNP _____ <input type="checkbox"/> AVC _____ <input type="checkbox"/> JH _____		<input type="checkbox"/> Sem Acesso	
Data:			
<input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> Via Oral	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG	<input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia	<input type="checkbox"/> Gavagem <input type="checkbox"/> Aberta
Emissões Intestinais: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação e _____ dias <input type="checkbox"/> Diarreia _____			
Diurésis: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspects: _____			
Pálpebra: <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Laxitada			
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ Duração de decubito: _____			
Localização: _____	Localização: _____	Estágio: _____	
Quênia:			
Exames:			
Perímetros:			
Observações: _____ / _____ / _____		Ass: _____	

902.494/0001-11
C - Motricidade não funcional preservada
AO CORREIO DA
DE SEGUROS LTDA.
2-B JUN 2010
Belo Horizonte, MG 31750-500
Belo Horizonte - CEP 31025-010



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Tac Benedito de Sotomayor

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1673333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC Cervic

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC orofaringe cervical

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua do Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Reg. Vista - CEP: 50.061-010

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____

Ent /

Registro:

104

PRATICAS DE ENFERMAGEM

() Alerjão de sínusal vitalis (3 vezes no dia)
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
() Calorismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário)

ESTATE PLANNING

SIGNALISATION

Frequência Cardíaca

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS TDA

28 JUN 2009

Volume 18, Issue 9, 902-910

100-100-10

第二部分

enigma

Arie

Re

188

100

1

10

F

— 1 —

卷之三

— 1 —

Digitized by srujanika@gmail.com

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

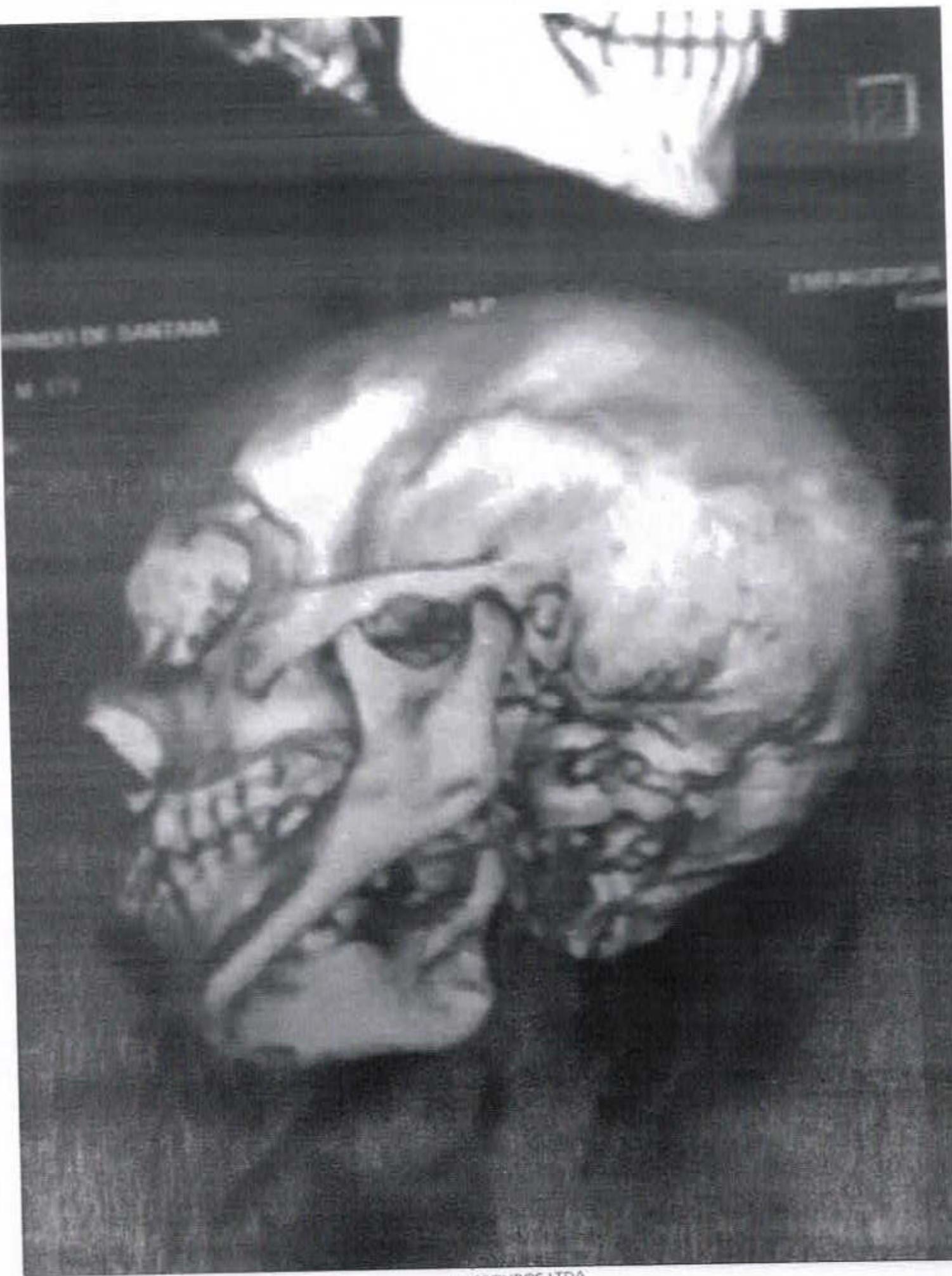
Fair licensing fees

Cod. 0172

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

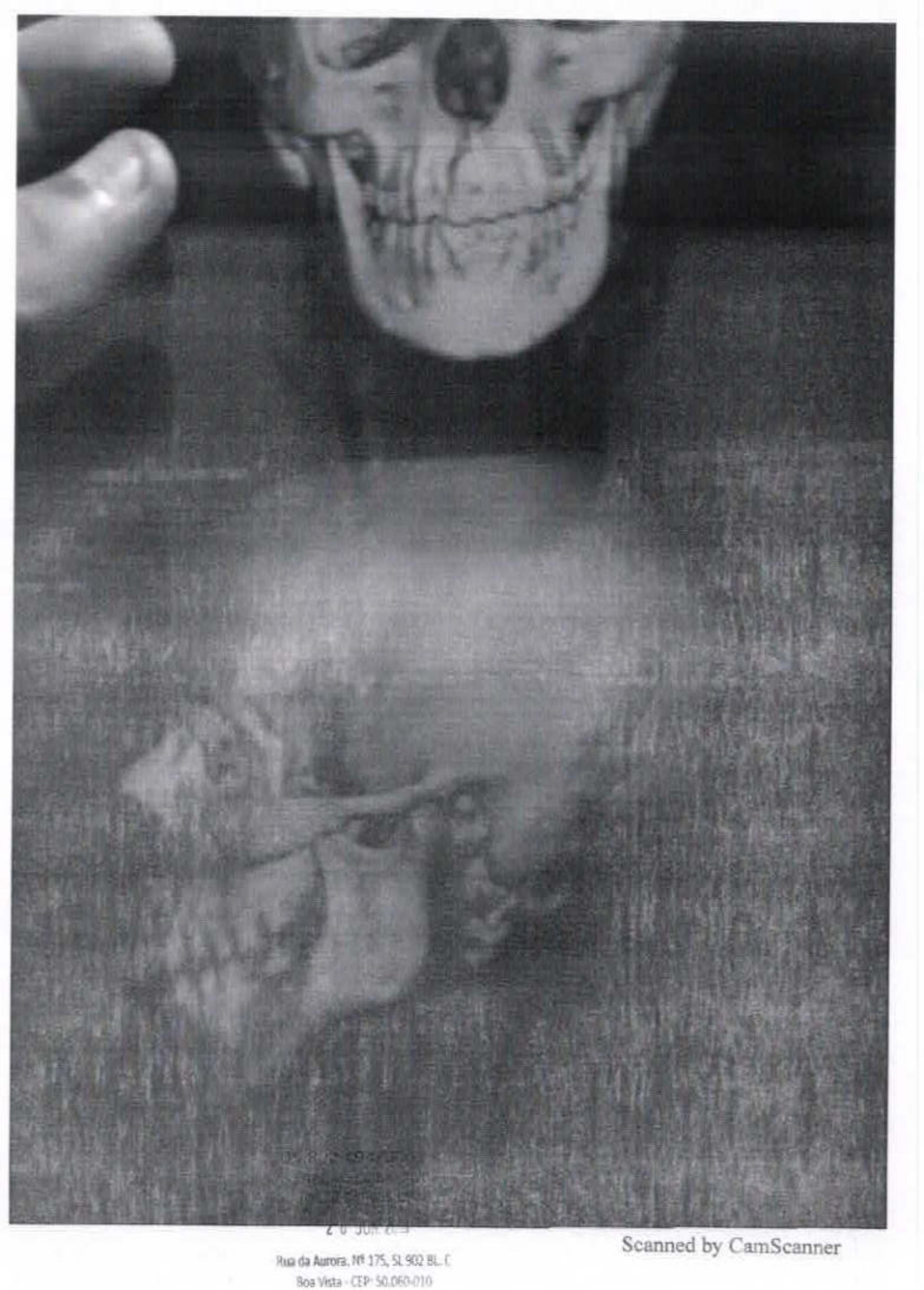


DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Scanned by CamScanner

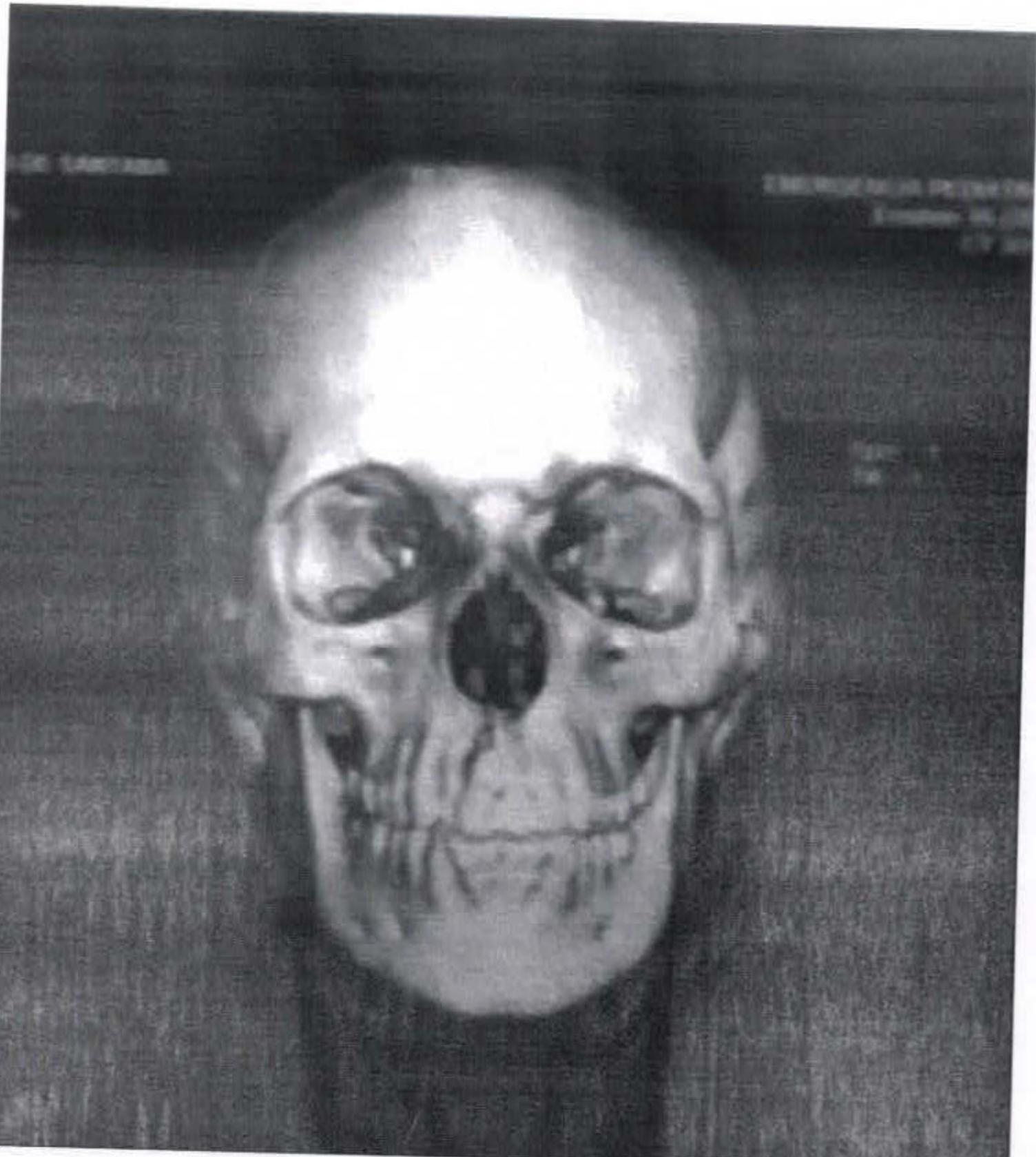


20 JUN 2013

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 B/L C

Boa Vista - CEP: 50.060-010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2014

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

Scanned by CamScanner

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

S.A.M.V.O

ENCARTE HABITACIONAL

Nome: JOSÉ GOMES da Silva RG: 19190-02
 Nasc: 1910 / 01 / 1919 Senha: 5655-655

- Retorno de P. Litorânea (idoso de hotel) -

De: P. Litorânea - Pessoal fixo do hotel H
 para hotel de férias o bairro Boa Vista

Boa Vista (18) Boa Vista sendo

90x60-18

Sel-02-581

H.R. - Venda / troca?

5655-655

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2009

Dr. Bruno da Cunha
URGENTE
CRM 111111

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
02 JUL 2009

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
M/C 333-2

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
M/C 333-2

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TECNICAL



05.802.494/0001-43
PÓLEGAR DISTRIBUIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 901 Bl. C
RECIFE - CEP: 50.000-010



Túlio Lourival de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

9.855.511

18/12/2013

<< JOSE LAURINDO DE SANTANA >>

<< GERALDO DE SANTANA >>
<< LUCIANA LUZIA LAURINDO >>

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, N° 175, 5º Andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Belo Horizonte - MG

14/09/2001

CHÁ DE ALEGRIA - PE

<< CN: 12549-L-A-11-F-131-CART.SEDÉ-
CHÁ DE ALEGRIA-PE-16.02.2007/P>>

CPF

073.353.914-90

Zel. Jandira de S. Camargo Leão

Dolagado Gerente do IMLB

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO É DE PROPRIEDADE DA TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC1



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2000
Rua da Aurora, 10175-51902-BLC
Belo Horizonte - CEP: 50.065-010
51731-06

Kawiana Louzado Mourando

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº DO TÍTULO 7.417.223

DATA DE
EXÉRCITO 14/10/2013

NAME

<< LUCIANA LUZIA LAURINDO >>

PROFISSÃO

<< JORGE JOSÉ LAURINDO
<< LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATIVIDADE

CHÁ DE ALEGRIA - PE

PROIBIDAS << 07 467 40150

00005922 77 CHÁ DE ALEGRIA

CNPJ

067.950-000-57

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28-JUN-2010
Rua da Aurora, 1651 25.59025-010
RECEPÇÃO

VALIDA

ESTADO FEDERATIVA DO BRASIL

REPUBLICA



ESTADO DE PARANÁ
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUNO

ECI



05.802.494/0001-41
POLEGAR DISTRIBUICAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 901 BL C
PRIMAVERA - CEP: 50.060-010
CURITIBA - PR



Tiago Lourivaldo da Sontana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LOCO - AUTOMÓVEL INSTITUCIONAL

9.855.511

DATA DE
CONCEÇÃO 18/12/2013

<< JOSÉ LAURINDO DE SANTANA >>

<< GERALDO DE SANTANA >>

<< LUCIANA LUIZIA LAURINDO >>

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2013

Rua da Aurora, 16175-0-902-88
BON VISTA - CEP: 50.060-075
PEÇAS PE

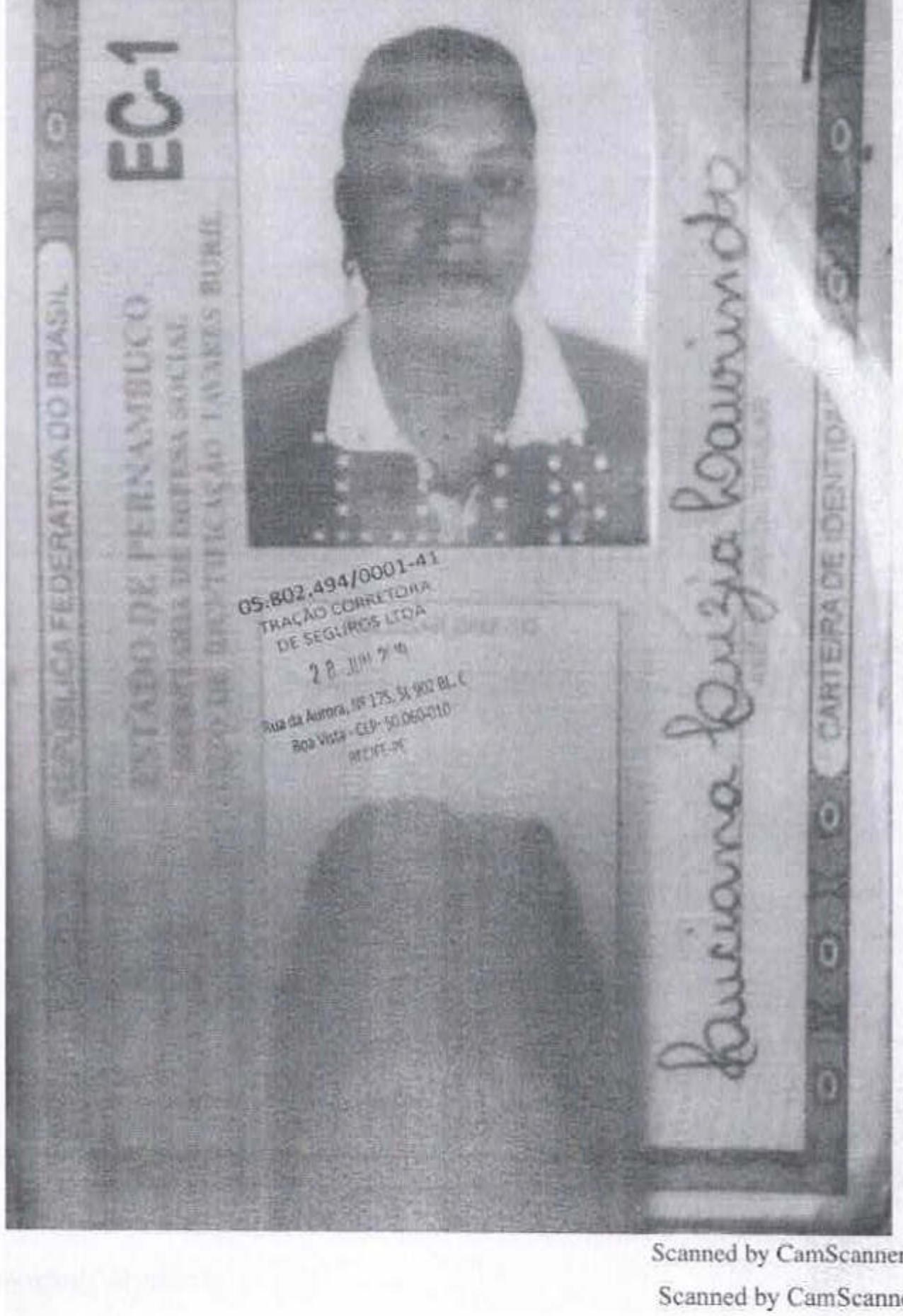
DATA DE
LICENCIAMENTO
14/09/2001

<< CN.12549-L-A-11-F.134-CART.SEDE-
CHÃ DE ALEGRIA-PE-16.02.2007 >>

073.353.914-90

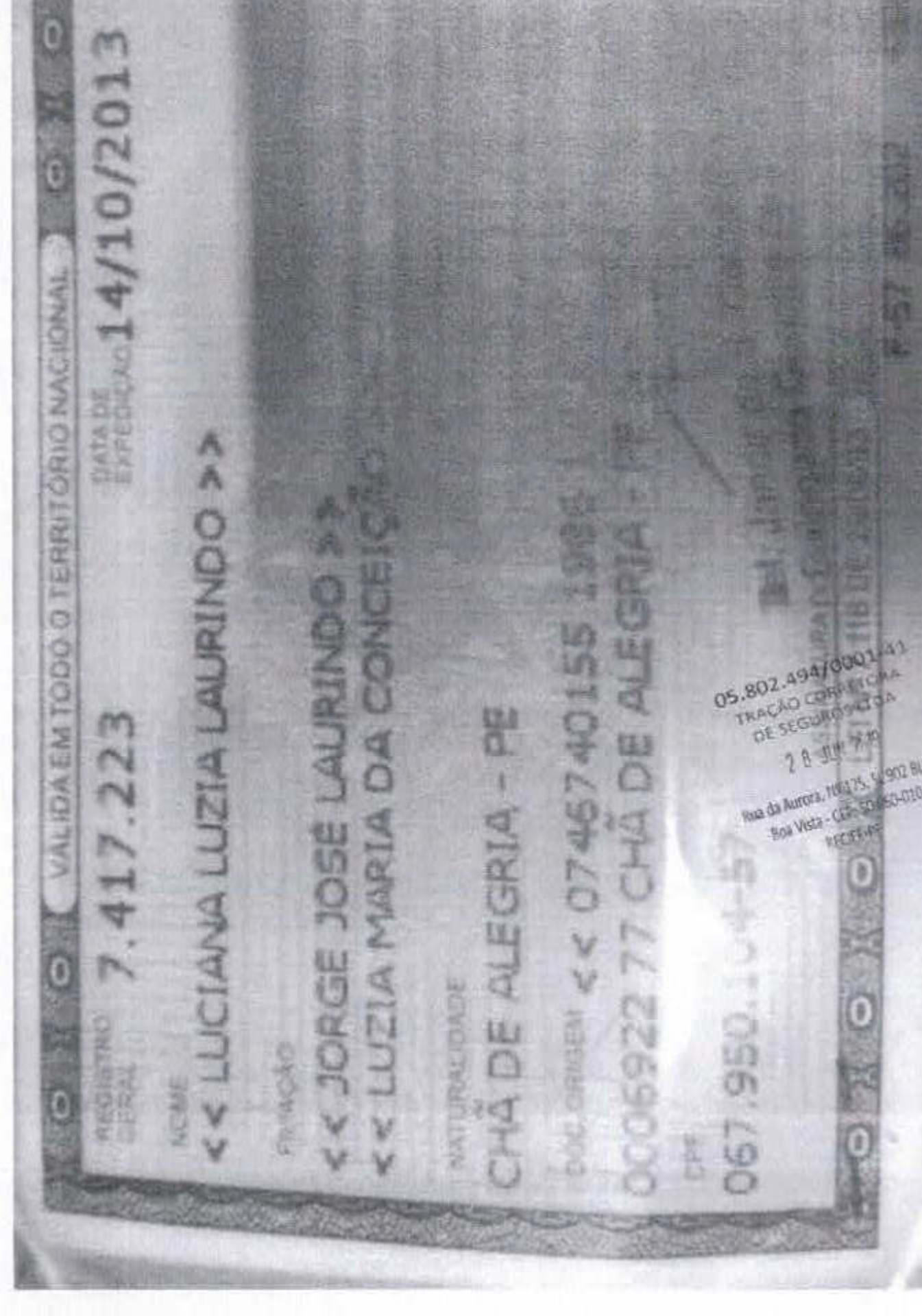
tel. Jardim São Luís
Domingos Getúlio de Lima

AGENCIAS DIRETORIAS
RECIFE - 26/05/03



Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014486569942

VIA

CÓD. RENAVAM

B.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

540827746

2019

NOME

JOSÉ SEVERINO DOS SANTOS

05.802.494/0001-47
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, S. 502 B/C
CEP 50.000-000

REPLAC

KIT 0176

CHP. DE ALFORTA - PB

CPF / CNPJ

322.016.564-87

REPLAC

PLACA ANT / UF

***** / PB

CHASSI

452KC1G50DR535415

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

ALCO / GAS

MARCA / MODELO

HONDA / CG 150 TITAN EX

ANO FAZ / ANO MOD

2011 / 2013

CAP / POT / CIL

2P / 149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERRUGELA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / QOTAS

1*

I
P
V
A

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUR. PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL

CHP. DE ALFORTA

DATA

12/01/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETAN - PE

Nº 014486569942

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

ODD-RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

1

540827746

2019

NOME

JOSE SEVERINO DOS SANTOS

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora nº 175, 9º andar
Bairro da Glória CEP 50.000-010

CRF DE ALÉGRIA-PE

PLACA
KLH0176

CPF / CNPJ

322.016.564-87

CHASSI

42KC1660DR539415

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
ÁLCOOL / GÁS

MARCA / MÓDULO

HONDA / CG 150 TITAN EX

ANO FAZ. 2011 1º # MOD. 2011 2º 2011

CAP / POT / CIL

2P / 149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1º *****

I

P

V

A

FAIXA IPVA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2º

3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SECURIS FACHA

RO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CRF DE

LOCA

DATA

12/01/19

REGISTRO DE RECOLHIMENTO DE IPVA - 2019 - ALÉGRIA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190401486

Nome do(a) Examinado(a): JOSE LAURINDO DE SANTANA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ADALGISA FERREIRA DE LUNA, 24 -
Chã de Alegria/PE - CEP 55835-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9855511 - SDS/PE - 18/12/2013

Data e Local do Acidente : 04/04/2019

Data e Local do Exame : 17/07/2019 RUA DO HOSPÍCIO, 133 - RECIFE/PE -
CEP 50060-080

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DIAGNOSTICO DE
POLITRAUMATISMOS + FRATURA DE PUNHO DIREITO

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

TRATAMENTO CONSERVADOR
FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES)
ALTA HOSPITALAR EM 06/04/2019
EVOLUIU SATISFATORIAMENTE.

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

MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO CONSERVADOS
CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NO PUNHO DIREITO

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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

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

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74,
modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal
permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

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

Região Corporal

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

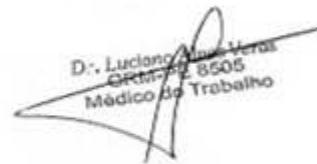
Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Luciano Alves Veras
CRM: 8505
Médico de Trabalho

LUCIANO ALVES VERAS CRM : 8505 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401486 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO CONSERVADOS
CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES)
ALTA HOSPITALAR EM 06/04/2019
EVOLUIU SATISFACTORIAMENTE
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401486 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO CONSERVADOS
CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES)
ALTA HOSPITALAR EM 06/04/2019
EVOLUIU SATISFACTORIAMENTE
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 17/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401486 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA **Data do acidente:** 04/04/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. P3
FRATURA DO MAXILAR À DIREITA. P4
FRATURA DO PUNHO DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER NO PUNHO DIREITO, DEMAIS CONSERVADOR. P8
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

LOUTORGANTE JOSE LAURINDO DE SANTANA

portadora(a) do documento de identidade nº: 9.855.511, expedido por SDS, em
12/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 073.353.914-90,
residente: RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, nº 24, complemento:
Bairro VILA DORALICE, cidade CHA DE ALEGRIA, Estado PE

2. OUTORGADO: JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

portador(a) do documento de identidade n° 10 440.467, expedido por SDS, em
01/09/16, inscrito no CPF sob o n°: 134.023.334-73,
residente: MÉRIR HELENA DA ROCHA n° 276, complemento:
Bairro: VILA DORALICE, cidade: CIA DE ALEGRIA, Estado: PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **SEGURO OBRIGATÓRIO -DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO** da vítima:
JOSÉ LAURÍNTO DE SANTANA Acidente ocorrido no dia **04/04/19** do sinistro de DPVAT da natureza **INJALIND**

31 de MARÇO de 2019

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS CILA

20 300 7-8

Rua da Aurora, nº 175, Centro
860-100 - CEP 30.000-010
SANTOS - SP

OUTORGANTE: Flávia Lúcia Viana de Souza -

(reconocer firma por autenticidad)

Luciano Lanza

LUCIANA LUZIA LAURINDO
CR: 067.950.104-57 - GENITORA

Serviços Registrados à Notarização da Chã de Albergaria
REGISTRO DE AUTENTICAÇÃO DE ASSINATURA DIGITAL DA DOCUMENTAÇÃO
RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE JOSÉ LAURENÇO DE
SANTANA E LUCASIA LUCIA LAURENÇO EN TEST. DA VERACIDADE
DOS FÉ. CHA DE ALBERGARIA, 11/08/2018 10:48:11
FELIX-20200000000000000000000000000000 CONSULTAR
A AUTENTICAÇÃO EM MEU IDA - www.ida.pt



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE: JOSÉ LAURINDO DE SANTANA

portador(a) do documento de identidade nº: 9.855.511, expedido por SDS, em
13/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 073.353.914-90,
residente: RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, nº 24 complemento: _____,
Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

2. OUTORGADO: JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

portador(a) do documento de identidade nº: 10.440.467, expedido por SDS, em
01/04/16, inscrito no CPF sob o nº: 134.023.334-73,
residente: MIRIR HELENA DA FONSECA, nº 526 complemento: _____,
Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO -DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima:

JOSÉ LAURINDO DE SANTANA Acidente ocorrido no dia 04/04/19 do sinistro de DPVAT da natureza INJALIZ

31 de MAIO de 2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Nº de Autor.: 00175-0-90000
Nº de Voz.: 001-50260010
Nº CEP: 00000-000

OUTORGANTE: José Laurindo de Santana

(reconhecer firma por autenticidade)

Luciana Luzia Laurindo

LUCIANA LUZIA LAURINDO

CPF: 067.950.104-57 - GENITURA

Serviços Registrados e Notariais de Chã de Alegria.

NOTARIA CENTRAL 041-371-222-73301-73302-73303-73304-73305-73306

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE JOSÉ LAURINDO DE SANTANA E LUCIANA LUZIA LAURINDO, EM TESTE, DA VERDADE
DOU PE: CHA DE ALEGRIA, 21/06/2019 16:00:11
FOLIO: 25555555555555555555555555555555 CONSULTA
A AUTENTICIDADE EM: www.tjpe.jud.br/autenticidade

BILHA CHALEGRE LIMA - TABELIÃ
FONE: 031-371-222-73301-73302-73303-73304-73305-73306



PROCURACÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. OUTORGANTE JOSE LAURINDO DE SANTANA

portadora) do documento de identidade nº: 9.855.511, expedido por SDS, em
13/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 073.353.914-90,
residente RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, nº 24 complemento: _____,
Bairro VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado PE

2. OUTORGADO: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

portador(a) do documento de identidade nº: 10.440.467, expedido por SDS, em
01/04/16, inscrito no CPF sob o nº: 134.023.334-73,
residente: MARIA HELENA DA ROUCEIRO, nº: 326, complemento:
Bairro VILA DORALICE, cidade: CMA DE ALEGRIA, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários, na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **SEGURO OBRIGATÓRIO –OPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO da vítima**.

JOSÉ LAURINHO DE SANTANA Acidente ocorrido no dia 04/04/19 do sinistro de DPVAT da natureza INVOLUSTR

31 de MAIO de 2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

OUTORGANTE: *[Assinatura]*

(reconhecer firma por autenticidade)

Teniorina longia browni

LUCIANA LUZIA LAURINDO
067-950-104-57 - GENITORA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217770/19

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF: 073.353.914-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS : 134.023.334-73

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

LUCIANA LUZIA LAURINDO : 067.950.104-57

Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE LAURINDO DE SANTANA : 073.353.914-90

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 134.023.334-73

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381976/19

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF: 073.353.914-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS : 134.023.334-73

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

LUCIANA LUZIA LAURINDO : 067.950.104-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSE LAURINDO DE SANTANA : 073.353.914-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
CPF: 134.023.334-73

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401486

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANA LUZIA LAURINDO

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401486

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANA LUZIA LAURINDO

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

Autorização de pagamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401486

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401486

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

Data do Acidente: 04/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIANA LUZIA LAURINDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



2 de 2

04/06/2019 13:30

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064^a CIRCUITURAÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ - DP64^aCIRC
DINTER1/12^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000554

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/06/2019 às 14:03

Complemento o BO Número: 19E0154000529

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 04/06/2019 às 23:00

Hora acidente no endereço: RODOVIA PE CINQUENTA, 1, PRÓXIMO A NOVA GLÓRIA - Município: COHAB - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL.
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (ALTO) [ALTO] /
 JOSE SEVERINO DOS SANTOS (OUTRO) /
 JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (VITIMA) /
 JOSE LAURINDO DE SANTANA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na hora do acidente), que estava em posse de(a) Sr(a); JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

VEÍCULO: (Usado na hora do acidente), que estava em posse de(a) Sr(a); DESCONHECIDO

VEÍCULO: (Usado na hora do acidente), que estava em posse de(a) Sr(a); JOSE SEVERINO DOS SANTOS

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nm: JOSE CLAUDIO JOANA DE OLIVEIRA // N° ORLANDO VICENTE DOS SANTOS | Data de Nascimento: 18/3/1989 Naturalidade: CHA DE ALEGRIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 10440467505/PE (RG), 13402333473 (CPF) Endereço: Ch. AMARALDINA, 2º. GRAU INCOMPLETO Telefone Celular: - 81983177204

Endereço Residencial: RUA MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO, 326 - CEP: 0 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nm: LUCIANA LUZIA LAURINDO // GERALDO DE SANTANA | Data de Nascimento: 14/9/2001 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 055511303/PE (RG), 0733394890 (CPF) Endereço: Rua Professora Adalgisa Ferreira de Lima, 74 - CEP: 0 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nm: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nm: MARIA JOSE PINHORO NM: SEVERINO JOSE DOS SANTOS | Data de Nascimento: 6/2/1957 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço: Residencial MUNICÍPIO DE CHA DE ALEGRIA, 45, ENGENHO VENEZA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - BRASIL, ÁO CORRETORA CENTRO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
 DE SEGUROS LTDA

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

20 JUN 2019

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(s): **JOSE SEVERINO DOS SANTOS**, que estava em posse da(s) Sra(s): **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**
 Categória/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES** (Placa: **Não**)
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Nº do RG: **KU0176** (Número de RG: **0124610**) Número: **5406277746** Chassis: **8GZEG16609K533415**
 Ano Fabricação: **2013/2013**

MOTOOGLETA 2 (VEÍCULO) de propriedade da(s) Sra(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse da(s) Sra(s): **DESCONHECIDO**
 Categória/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** (Placa: **Não**)
 Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS INFORMAM QUE TRANSMITAVAM NA BR 304 NO SENTIDO CHA DE ALGRÉIA, QUANDO BATERAM DE FRENTE EM OUTRA MOTOCICLETA, QUE VIRAVA COM O FAROL APAGADO, NO SENTIDO CONTRARIO. AMBOS CAIRAM E FICARAM DESACORDADOS, NO LOCAL. QUANDO FORAM AJUDADOS PELOS FUNCIONARIOS DA SAÚDE DE CHA DE ALGRÉIA, QUE VIERAM COM UMA AMBULÂNCIA, EQUIPE ESTA INFORMADO DO ACIDENTE POR POPULARES. FORAM SOCORRIDOS PARA A UNIDADE MISTA VIRGILIA GUERRA, DE CHA DE ALGRÉIA. DE LA FORAM TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE. OBS: MOTOCICLETA UTILIZADA PELO ACIDENTADO DE PROPRIEDADE DO SR. JOSE SEVERINO DOS SANTOS, RG RG 2208552 Sobre o CPF NN 172.816.564-87 R.O. COMPLEMENTAR AO R.O. N°. 1500154000528

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

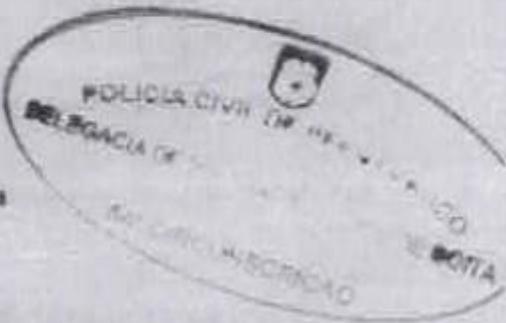
JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

(VITIMA) **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**

JOSE LAURENDO DE SANTANA

(VITIMA) **Taxi Louvando de Santana**

E.O. registrado sob: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **155.816-3**



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA.

29 JUN 2011

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 502 Bl. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010

RECEBIDO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064^a CIRCUITO - GLORIA DO GOITA - DPM/CIRC
DINTER 1/12/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154000529

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/05/2019 às 14:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Cuijado (Consumido) que aconteceu no dia 24/05/2019 às 23:00

Local ocorrido no endereço: Rodovia PE CINQUENTA, 1, PROXIMO A NOVA OLÓMIA - BAIRRO: GLÓRIA DO GOITA/PERNAMBUCO/BRASIL
Lado da Rua: via PÚBLICA

Placa(s) antecessora(s) na viatura(s):

DESCONHECIDO - AUTOR / AGENTE:
S/AL (não informado) - Vítima: S/AL (não informado) - Vítima:
JOSE LAURINDO DE SANTANA (VITIMA)

2 de 2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEHICULO (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(s) S/AL: JOSE LAURINDO DE SANTANA
SANTOS (não informado) - Local de permaneça: S/AL (não informado) - Local de fato: S/AL (não informado)
SANTOS
VEHICULO (Usado na prática da ocorrência), que estava em posse de(s) S/AL: DESCONHECIDO

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - S/AL: Maria Helena da Conceição, 320 - CEP: 5 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CMA DE ALGODÃO/PERNAMBUCO/BRASIL
ORLANDO VICENTE DOS RANTOS (nascido em: 10/07/1999) Nacionalidade: CNA DE ALEGREIA / PERNAMBUCO / BRASIL (Documentos: T0440377500PE (RG) 134002333473 (CPF) Endereço: CNA ALGODÃO/ALGODÃO 2 - GRAU INCOMPLETO
Título de Cidadão:
#13803177204

Endereço: Rua Maria Helena da Conceição, 320 - CEP: 5 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CMA DE ALGODÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - S/AL: Luciana Lúcia Laurindo (nascida: GERALDO DE SANTANA (nascido em: 14/9/2001) Nacionalidade: CNA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL (Documentos: 3055511400PE (RG) 07335391400 (CPF) Endereço: SOTERÓPOLIS - Município: 1º, GRAU COMPLETO
Endereço: Rua Professora Adalgisa Ferreira de Luna, 74 - CEP: 5 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CMA DE ALGODÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - S/AL: Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEHICULO) de propriedade de(s) S/AL: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS, que estava em posse do(s) S/AL: JOSE LAURINDO DE SANTANA
Categoria/Ano/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/EG 150 TITAN ES CHICO VERMELHO; Nro:
144 VERMELHA - Unidade: 1 (UNIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO) de propriedade de(s) Sra(s): DESCONHECIDO, que ultimamente permaneceu com Sra(s): DESCONHECIDO
Localização da ocorrência: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NAO INFORMADO (Bairro: apontado: Nenhum
 Quantidade: 1 (UNIDADE))

Complemento / Observação

As vítimas informaram que transitavam na rodovia PE 34 no sentido Chá de Alegria, quando bateram de frente em outra motocicleta, que vinha com o farol apagado, no sentido contrário. Ambos caíram e ficaram desacordados, no local, quando foram ajudados pelos funcionários da saude de Chá de Alegria, que vieram com uma ambulancia, equipe esta informada do acidente por populares. Foram socorridos para a unidade mista Vila da Guerra, de Chá de Alegria, de lá foram transferidos para o hospital da restauração em Recife.

Assinatura de(s) pessoal(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

(VITIMA) *JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

JOSÉ LAURINDO DE SANTANA

(VITIMA) *José Laurindo de Santana

B.O. registrado por: JONSON DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 381.174-9

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE GABOR, 311, SÍA. VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 5000-902
CNPJ 16.815.932/0001-58
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005343-83



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 Derivados do Estado de Pernambuco-APPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de Telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSE RAMONHO BEZERRA CPF: 462 339 624-64 NIS: 12271421899	DATA DE VENCIMENTO 31/05/2019	DATA EMISSAO DA NOTA FISCAL 24/05/2019	CONTA CONTRATO 002467835010
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA ADALBERTO FERREIRA DE LIMA 24	TOTAL A PAGAR (R\$) 26,44	DATA DA APRESENTAÇÃO 24/05/2019	Nº DO CLIENTE 1061288888
VILA DORALICLICHA DE ALFREIA CHA DE ALFREIA PR 55423-000	NUMBER DA NOTA FISCAL 063342557	Nº DA INSTALAÇÃO 0062150437	CLASSIFICAÇÃO 91 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico
RESERVADO AO FISCO CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3833.5E56			

REVISAR DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)		
Consumo Ativo até 30 kWh	32,00	0,18569257	5,89		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,23444442	13,37		
Auxílio à Bahnhofs AMARELA			0,28		
Contrib. Itam. Pública Municipal			0,08		
Multa por atraso-NF 03953002 - 24/04/19			0,08		
Juros por atraso-NF 03953002 - 24/04/19			0,21		
Alimentação ICPMA-NF 039530092 - 24/04/19			0,19		
TOTAL DA FATURA			26,44		
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS	PIS	COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
0,00	0,0%	0,00	16,43	1,1%	0,21

www.jstor.org | This content downloaded from 128.122.230.143 on 09/20/2012 08:45 AM

DEPARTAMENTO DE CONCESSIONARIA NASTA PIZZERIA								
NUMBER DO VEHICLE	TYPE OF VEHICLE	ANTERIOR DATE	FINAL DATE	Nº CHASSIS	CONSTANT	ALERTS	CONSUL- TANTES	
AB000000000000000000	CAT	24/08/2019	24/08/2019	125.00	30	1.00000	0.00	0.00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRICA	VALORES	MÉDIA MENSAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA MENSAL	MÉDIA MENSAL
maio/2019					
EIC: Int. em bairros com Energie	R\$0,00/0,00	4,23	11,29	12,61	45,32
FIC: Int. em bairros com Energie	1,00	7,67	18,34	20,89	
EMRC: Duracção máximade interrupçõessustentá	4,23	6,19	8,88	8,88	
EDH: Duracção de interrupçõessustentá em dias contínuos			Lentes (EDH): 18,94		
2019-2020: maior int. bairros com Energie - 45,32					
Fonte: Operador de sistema, estatística de energia elétrica.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTE

Pague no ponto mais perto de você ag conserve material pinheiros - nos manejos seja evitável / não de barro
mentais - tem 1 mprado logo 4000 m³/ano! Tela completa em www.evoluzion.com.br
Na hora de leitura a beneficiar em vez é a Anoreca. Mais informações em www.anoreca.gov.br.
A partir de 2004, levanta.com resultado médio de 5,54% para Baixa Tensão
e 3,76% para Alta Tensão-REF 2.232/19.
O cliente e compensador quando há variação na intensidade da individual ou do nível de tensão da fornecimento.
Pague em etapas para mutua 2.232/19/ANORECA - Dente 714,6 m³(Ref 15.428/17) e atualização monetária no preço, m³
fornecido de 1000 m³ conforme art. 4, II, 2.2.2, 16-CCBES-PE.
Desconto para aplicação da Taxa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.430 de 26/04/02 - RÉ 21/12.
O Cliente a compensando quando há desacostumamento da presta de fornecimento se possíveis de abandono com escrita.

MÍNUTOS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	192	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

2018-07-16

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(VS)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002467835010	05/2019	26,44	31/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cômboio será usado em letitra Ática.

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cacto será usado em leitura off-line.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838100000000 264400110023 467835010106 139823224138

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Ribeirão Preto - SP - CEP: 140.060-010

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, RUA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ 15.815.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL: IN00543-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/2002.
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 - APPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167-Ligação Grátis de Telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSÉ RAMONHO BEZERRA
CPF: 465.359.624-64 NIS: 122711421899

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ADALQUINA FERREIRA DE LIMA, 24

VILA DORALICE/CHA DE ALEGRIA
CHA DE ALEGRIA PE
50135-000

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2019), tarifas, produtos, serviços, prestações e ônus se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://celpe.com.br)

DATA DE VENCIMENTO
31/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
26,44

DATA EM USO DA NOTA FISCAL
24/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
24/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
062343557

CONTA CONTRATO
002467835010

Nº DO CLIENTE
2061368888

Nº DA INSTALAÇÃO
0002150437

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CATC.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3833.SE56

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18569257	5,57
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,23444442	8,37
Atribuição Bandeira AMARELA			0,24
Carro: R. Iram, Pública Municipal			0,00
Multa por atraso NF 0191522002 - 24/04/19			0,00
Multa por atraso NF 038550882 - 24/04/19			0,21
Avaliação IPMS-NF 03 95300992 - 24/04/19			0,19
TOTAL DA FATURA			26,44

Tarifas Aplicadas		MATERIAL DE CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	R\$ 0,18569257	MAR	67
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	R\$ 0,23444442	ABR	111
		MAR	67
		FEV	34
		JAN	30
		SET	63
		NOV	54
		DIC	59
		JUN	50
		JUL	76
		AUG	77
		AGO	62
		SET	61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO
0,00	0,00	16,43

VALOR DO ICMS

VALOR DO PIS

VALOR COFINS

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
SEGREDAZ	OCORRÊNCIA	VALOR	PERÍODO	META	META
			maio/2019		
SIC-Não de horas com Encargo	90M JUN01M	4,23	11,29	12,41	12,22
PEC-Não de horas com Encargo	1,00	1,00	11,24	30,89	
BRNC-Duração máxima de interrupção: 100ms	4,23	0,19	0,00	0,00	
ENCR-Duração de interrupção entre os critérios			Linha ENCR 14,36		
SL100-Nível de Encargo em R\$ 0,00					
Outros Encargos: não existem a encargos que estejam dentro da faixa de 10% da média das interrupções					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo mais curto de você: a) boleto bancário postal; b) via internet (site celpe.com.br)

Na internet é possível fazer o pagamento de contas de outras empresas, como: água, luz, gás, telefone, etc.

A partir de 2010, tarifa de rede média de 0,18569257, para Baixa Tensão e 0,23444442 para Alta Tensão.

O cliente é responsável quanto há variação na remuneração individual ou de nível de fornecimento.

Pagou em atraso? Pague multa 2% (Resolução ANEEL, Juiz 1/4 da Lei 10.438/02) e atualização monetária no preço, mais taxa de ICMS conforme art. 4º, XIV, § 3.º, da RDC 04/02.

Exceção para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 13.430 de 26/04/2017 - R\$ 21,18.

O Cliente é responsável quando há descomissionamento do prato do moinho para os serviços de atendimento ao usuário.

AVISOS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	190	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

GESTÃO DA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	FALHA DE PAGAMENTO
002467835010	05/2019	26,44	31/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cômputo será usado em leitura ática.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



05.802.494/0001-00

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C

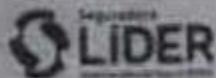
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através do 0800 923 96 96

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e previdência, dia 24h de 24h)

Capital e regiões metropolitanas: 4030-1236 / Outras regiões: 0800 923 96 96

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 923 96 96 | SAC (para desfazendo polícias e de fólios): 0800 923 97 00 | Central Operadora: 0800 923 96 96

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido no Circular Número 445/12, disponibilizado no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL_DPF/2010/1/4/0000128639

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado seguros, determina que todas as Seguradoras não utilizarem a contratação direta das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este caderno deve constar, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre da profissão e da tarefa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A respeito em fornecer as informações da profissão e renda, neste formulário, não impõe o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação do referido Circular, esta resolução é passível de comunicação ao COAF.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRINCIPAIS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, INVESTIMENTO FINANCIÁRIO, CAPITALIZAÇÃO E PREVIDÊNCIA; * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TERRA POR FINANCIAMENTO DISCIPLINAR, APLICA PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLARE, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências suspeitas de atividades suspeitas na Lei nº 9.637/98.

Pelo exposto, eu José Orlando de Oliveira Santos
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 134.023.334, 73 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Luizinho de Santana inscrito (a) no CPF sob o nº 073.353.914, 40
 do Ministério de DPVAT cobertura INVALÍDIT da Vítima José Luizinho de Santana
 inscrito (a) no CPF sob o nº 073.353.914, 40 conforme determinação da Circular Susep 445/12.
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

Resumo informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, tratar-se de pessoa de residência juntão à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 290 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Maria Helena 70 Condomínio</u>	Número:	<u>326</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Vila Domitila</u>	Cidade:	<u>Chá de Alabênia</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>55.835-000</u>
E-mail:	<u>rgwlyr</u>			Tel (DDRR): <u>(81) 91304-6299</u>

Local e Data: (Chá de Alabênia (PE), 28/06/2019)

X JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, 10175-51.902-511
Boa Vista - CEP: 55.835-000
RN/PE/BR