

Para mais informações, acesse o site www.seguredelider.com.br ou entre em contato através de um dos telefones abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4000-1130 / Outras regiões: 0800-022.1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022.1204 | Central Ombudsman: 0800-021.8435

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://www3.susep.gov.br/SIBUOTI/CANEX/DOCUMENTOS/ASP/7TIPO126CODIGO429635>

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 a profissão e de fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AGENTES, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO; † CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DE FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 613/06.

Para registro, 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 LUIZ VILAS BOAS inscrito (a) no CPF sob o nº 073.353.914, 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDATE da vítima JOSÉ LUIZ VILAS BOAS

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

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>RUA MARIA HELENA DE CONCEIÇÃO</u>	Número: <u>326</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>VILA DOM LUIZ</u>	Cidade: <u>CHÃ DE ALGÓBIA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>ROGUE</u>	CEP: <u>55835-000</u>	Tel. (DDD) <u>(81) 91304-6299</u>

Local e Data: CHÃ DE ALGÓBIA (PE), 28/06/2019

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LDBA

28-JUN-2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 802 SL 1
BOA VISTA - CEP 50.060-010
2191-71

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 25 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouiditoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE SEVERINO DOS SANTOS

RG nº 2.208.552, 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

JOSE LAURINDO DE SANTANA, cujo o condutor era

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

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

Placa: KLI 0176 Chassi: 9C2KE166DR533415

Data do Acidente: 04/04/19

Local e Data: CHÁ DE ALEGRIA 31.05.2019

JOSE SEVERINO DOS SANTOS
Assinatura do Declarante

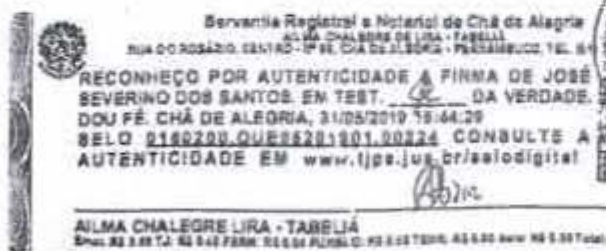
JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
Assinatura do Condutor

(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-PE



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: 020-1500 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ovidorla: 0800 021 91 35

Eu, JOSE SEVERINO DOS SANTOS
RG nº 2.208.552, 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
JOSE LAURINDO DE SANTANA, cujo o condutor era
JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
Veículo: MOTO Modelo: CG 150 TITAN EX Ano: 2013
Placa: KL1 0176 Chassi: 9C2KE1660DR533415
Data do Acidente: 04/04/19

Local e Data: CHÁ DE ALEGRIA 31.05.2019



Assinatura do Declarante

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Assinatura do Condutor

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

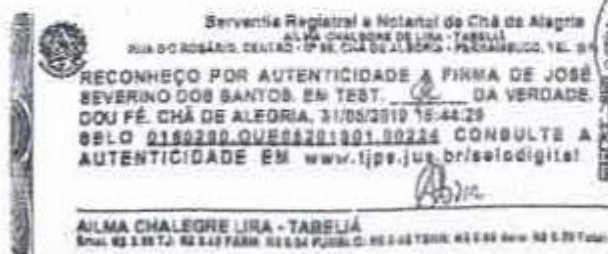
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

2 P JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL: C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
U.M.V.G



ENCAMINHAMENTO

Nome: Jose Alexandre de Souza 46/1/2017
Homo: 15/11/1980 Senha: 5655-655

- Retirar do P. de Encaminhamento (white de foto) -
1 Do touro e pessoal fatura de crédito H
fatura pessoal de fatura e mais. (D) H.R. B. B.
15 White - Encaminhamento
PT-90x6cm-18

Salvador 981

H.R. - Venda / Encaminhamento
5655-655

Dr. Bruno de Faria
Ultrassom
CAM 1002

05.802.494/0001-43
TALAO CORRETORA
DE SEGUROS TOR

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

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

Bairro: CENTRO

Cidade: CHÃ DE ALEGRIA

Numero 250

Complemento:

UF: PE Telefone: 988348805

Ocorrências: 05/04/19 - Realizado atendimento de urgência

a vítima de acidente de trânsito

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: *Luciana Luzia Laurindo* Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☒ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros: 05/04/19 - S.Social sobre a alta hospitalar.

Observação: *aguarda transporte do município para tratamento*

Assistente Social

História Clínica:

Queda de moto às 22h, sem perda de consciência e sem vomitar. Edt: - TAC crânio e cervical - R0 hemia

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETA

Temp. SEGURANÇA

B. Respiratório

C. Circulatório

PA

X

mm

Pulso

bpm

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:	

Período: 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

05/04/19

NCR

03h05

Retorno dos exames:

- TC cabeça: si lesões NCR

TC coluna cervical: si lesões

NCR

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, 111, 11.900-000
Ribeirão Preto - SP
CEP: 13060-000

Glasgow 15, uso. RMH, si sinais

CD: Ato NCR

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. Visto BEO, LOTE, eupneico, normocorado, normocardiaco, responsivo, verbalizando, deambulando, afebril.

Na exame do BMF apresenta discreto edema e equimose na face (D) (Lado) periorbital (D) acuidade visual e motricidade ocular preservadas, maxila ligada a palpos mandibular com mobilidade e oclusão preservada.

CD - Sutura na região Superciliar (D)

- Alta do BMF

OBS: em tempo segue Fratura da maxila (Lado D)

CTBMF 05/04/19 08:00

Paciente vítima de queda de moto, visto consciente, orientado, eupneico, normocorado, E6 Rg.

Ao exame físico apresenta trauma na região frontal, equimose periorbital (D), acuidade visual e motricidade ocular mantidas, OPN e maxilares firmes ao toque, boa oclusão, boa dentição lingual.

TC de tórax segue próximo em massa

CD: 1) Alta BMF

2) X-ray submental

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

28 JUL 2019

Rua da Restauração, 100 - 50020-000
Bela Vista - CEP 50060-010



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia
Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente:

JOSÉ LIMA

Data:

05.04.19

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (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 - a/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / desconhec. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Franqui: _____ A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Mobilidade não funcional presente D - Mobilidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ Ventilação: <input checked="" type="checkbox"/> RVP <input type="checkbox"/> RVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso		
Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavage <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia		
Eliminação Intestinal: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia		
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____		
Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Dorsal de decúbito		
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____		
Quedas: _____ Exames: _____ Presenças: _____ Observações (Dermas / Noturnas): _____ Ass: _____		

Data: ____/____/____

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (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 - a/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decort. X3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / desconhec. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)
Total: _____ pontos		
TRM <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Franqui: _____ A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Mobilidade não funcional presente D - Mobilidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros Qual: _____ Ventilação: <input type="checkbox"/> RVP <input type="checkbox"/> RVC <input type="checkbox"/> JH <input type="checkbox"/> Sem Acesso		
Dieta: <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gavage <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Via Oral <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Gastrostomia		
Eliminação Intestinal: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Constipação a _____ dias <input type="checkbox"/> Diarréia		
Diurese: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD Aspecto: _____		
Pele: <input type="checkbox"/> Inteira <input checked="" type="checkbox"/> Lesionada		
<input type="checkbox"/> Fenda Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Dorsal de decúbito		
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____		
Quedas: _____ Exames: _____ Presenças: _____ Observações (Dermas / Noturnas): _____ Ass: _____		

 802.494/0001-41
 CAIXA DE SEGUROS LTDA
 28 JUN 7

 Caixa de Aurora, NE 175, SE 902-BL 7
 Boa Vista - CEP 54.060-010
 RECIFE-PE

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

João Vinícius de Sousa

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

TAC Crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC Orelha, Nariz e Garganta

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCC

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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: _____

Enf / Letto: _____ Registro: _____

DIA: 05/04/19	DIA: _____	DIA: _____	DIA: _____
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

PREScrição DE ENFERMAGEM
() Aferição de sinais vitais (3 vezes ao 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)
() Cateterismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS ETDA
28 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Jair Juvêncio Ferreira
COREN-PE 364398-TE

Cod. 0172

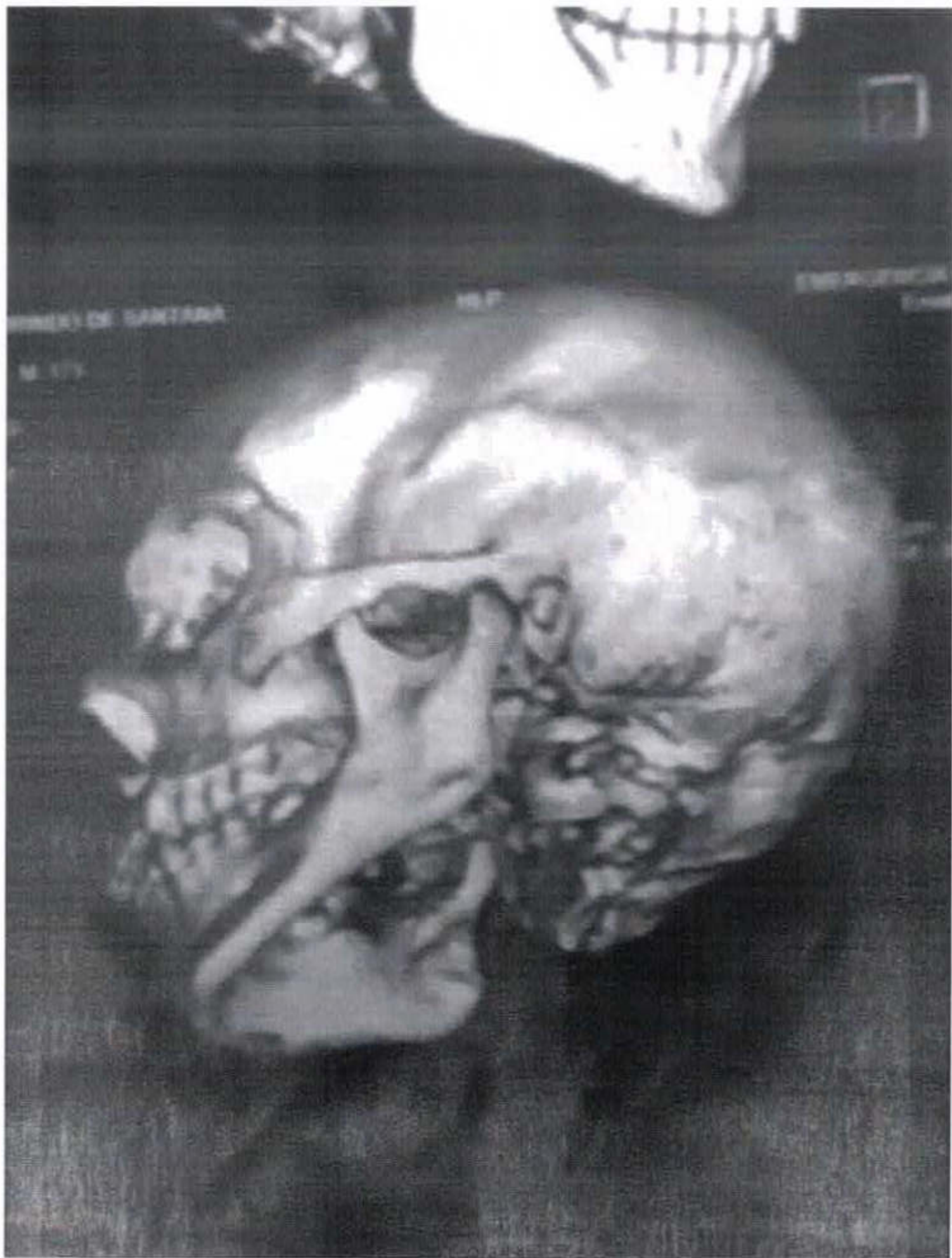


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2018

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

OFFICE, INC



DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

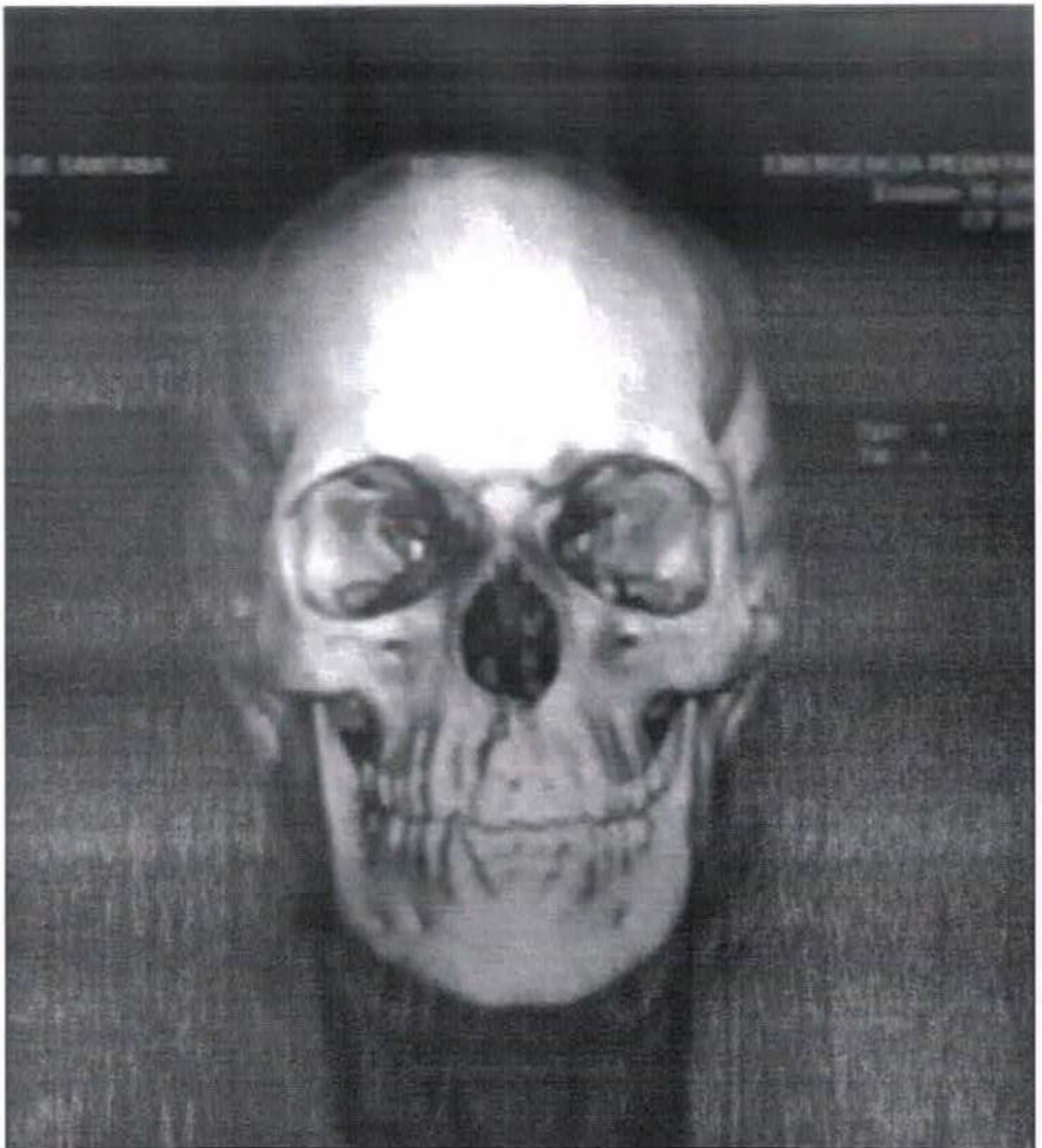


20 JUN 2014

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. C

Rio Vista - CEP: 50.050-010



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA

TC 100601073
020601073

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: CHÃ DE ALEGRIA

Numero 250

Complemento:

UF: PE Telefone: 988348805

Ocorrências: 05/04/19 - Realizado atendimento Social

a quitadora e repassa orientações sobre

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: De Luciano Luzia (mãe) Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço: De

Providências: Alta ☒ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐

Outros ☐ 05/04/19 - SS social sobre o alta hospitalar.

Observação: aguarda transporte do município para receber

Assistente Social

História Clínica:

Queda de moto as 22h, sem
perda de consciência e sem vomitar.
- Tct: - TAC crânio e cervical
- Rx lombar

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Qual?

05.802.494/0001

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

TRAÇÃO CORRETA

Temp. e Sinais vitais

28.11.2019

B. Respiratório

C. Circulatório

PA

X

mm

Pulso

Rua da Aurora - Nº 175, 31.902 III

Rua Vista - CEP: 50.060-030

bpm 117/51/91

APOIO BAIX

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:	

Período: 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

05/04/19

NCR

03h05

Retorno dos exames:

- TC cabeça: 01 lesões NCR

TC coluna cervical: 01 lesões

NCR

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGURANCA

29 MAR 2019

100 da Autor. Nº 175, AL 902 BL-E
RUA VILA - CEP 10020-000
RIO DE JANEIRO

Glasgow 15, uso. RMH, 01 pontos

CD: Alto NCR

Aval 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. Visto BEO, LOTE, eupneico, normocrado, normocardíaco, responsivo, verbalizando, deambulando, afebril.

do exame do BMF apresenta discreto edema e equimose na face (D) (Lado) periorbital (D) cicatriz periorbital e motricidade ocular preservadas, maxila ligada à palpação mandibular sem mobilidade e oclusão preservada.

CD - Sutura na região superior (D)

- Alta do BMF

OBS: em tempo houve Fratura da maxila lado (D)

CTBMF 05/04/19 08:00

Paciente vítima de queda de moto, visto consciente, orientado, eupneico, normocrado, E6 P4.

Ao exame físico apresenta trauma na região frontal, equimose periorbital (D), acuidade visual e motricidade ocular mantidas, OPN e maxilares firmes ao toque, boa oclusão, boa dentição lingual.

TC de face segue rotina em marcha.

CD: (D) Alta BMF

(D) Acamp Ambulatório.

05.802.494/0001-41
IRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA LTDA

29.04.2019

RUA DA SERRA, 1015 - JARDIM
SOLAR - CEP 50000-000



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente:

JOSÉ LUIZ

Data:

05.04.19

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow

Abertura Ocular

- ☐ Espontânea (4 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)
☐ A dor (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

Resposta Verbal

- ☐ Orientado / Conversando (5 pts.)
☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)
☐ Palavras inadequadas (3 pts.)
☐ Sons incomprensíveis (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

- ☐ Obedece (6 pts.)
☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
☐ Flexão anormal (desort. X3 pts.)
☐ Extensão (descoord.) (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 75 pontos

IRM ☐ Sim ☒ Não

Frangul:

A - Perda motora e sensível completa
D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório:

☒ Espontâneo☐ TOT☐ TOT☐ Outros

Qual:

Ventilador:

☒ RVP☐ RVC☐ JH☐ Sem Acesso

Dieta

☐ Zero☐ Via Oral☐ SNG☐ SOG☐ SNE☐ Gastrostomia☐ Gavage☐ Aberta

Eliminação Intestinal:

☒ Normais☐ Constipação☐ dias☐ Diarréia

Diurese

☐ Espontânea☐ Dispositivo Urinário☐ SVA☐ SVD

Aspecto:

Fala:

☐ Inteira☒ Lesionada☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia: / /

☐ Sítio de decúbito

Localização

Localização

Estágio:

Questões:

Exames:

Parâmetros:

Observações (Normais / Anormais):

Ass:

Data: / /

Glasgow

Abertura Ocular

- ☐ Espontânea (4 pts.)
☐ Ao comando verbal (3 pts.)
☐ A dor (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

Resposta Verbal

- ☐ Orientado / Conversando (5 pts.)
☐ Desorientado / Conversando (4 pts.)
☐ Palavras inadequadas (3 pts.)
☐ Sons incomprensíveis (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

- ☐ Obedece (6 pts.)
☐ Localiza dor (5 pts.)
☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.)
☐ Flexão anormal (desort. X3 pts.)
☐ Extensão (descoord.) (2 pts.)
☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: _____ pontos

IRM ☐ Sim ☐ Não

Frangul:

A - Perda motora e sensível completa

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

D - Motricidade funcional presente

E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório:

☐ Espontâneo☐ TOT☐ TOT☐ Outros

Qual:

Ventilador:

☐ RVP☐ RVC☐ JH☐ Sem Acesso

Dieta

☐ Zero☐ Via Oral☐ SNG☐ SOG☐ SNE☐ Gastrostomia☐ Gavage☐ Aberta

Eliminação Intestinal:

☐ Normais☐ Constipação☐ dias☐ Diarréia

Diurese

☐ Espontânea☐ Dispositivo Urinário☐ SVA☐ SVD

Aspecto:

Fala:

☐ Inteira☐ Lesionada☐ Ferida Operatória

Data da Cirurgia: / /

☐ Sítio de decúbito

Localização

Localização

Estágio:

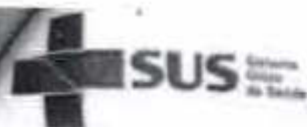
Questões:

Exames:

Parâmetros:

Observações (Normais / Anormais):

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

Felício Leunhardt de Sotomaior

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

TAC Crânio

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TA e coluna 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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

05.802.494/0001-43
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua do Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Rua Vista - CEP: 50.023-010

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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: _____

Enf / Letto: _____ Registro: _____

DIA: 05/04/19 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() Alteração de sinais vitais (3 vezes ao 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)	
() Cateterismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário)	

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
00	00	00	00	00
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS TEA
28 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Cidade de Vitoria - CEP: 50.060-010
RECEBEMOS

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Jair Azeiteiro Ferreira
CPF: 038.041.364-36-11

110x80

Cod. 0172



05.802.494/0001-41

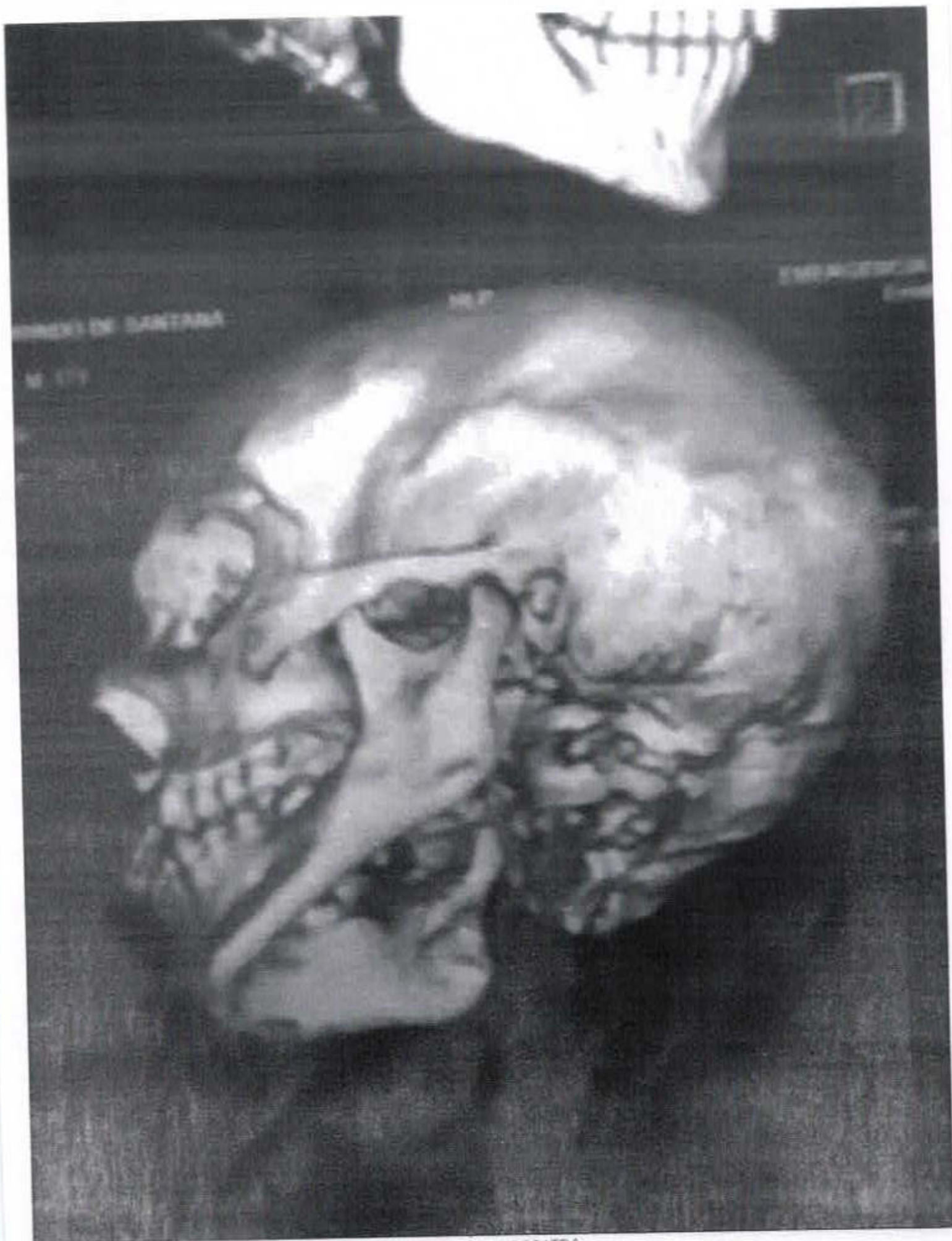
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE, PE

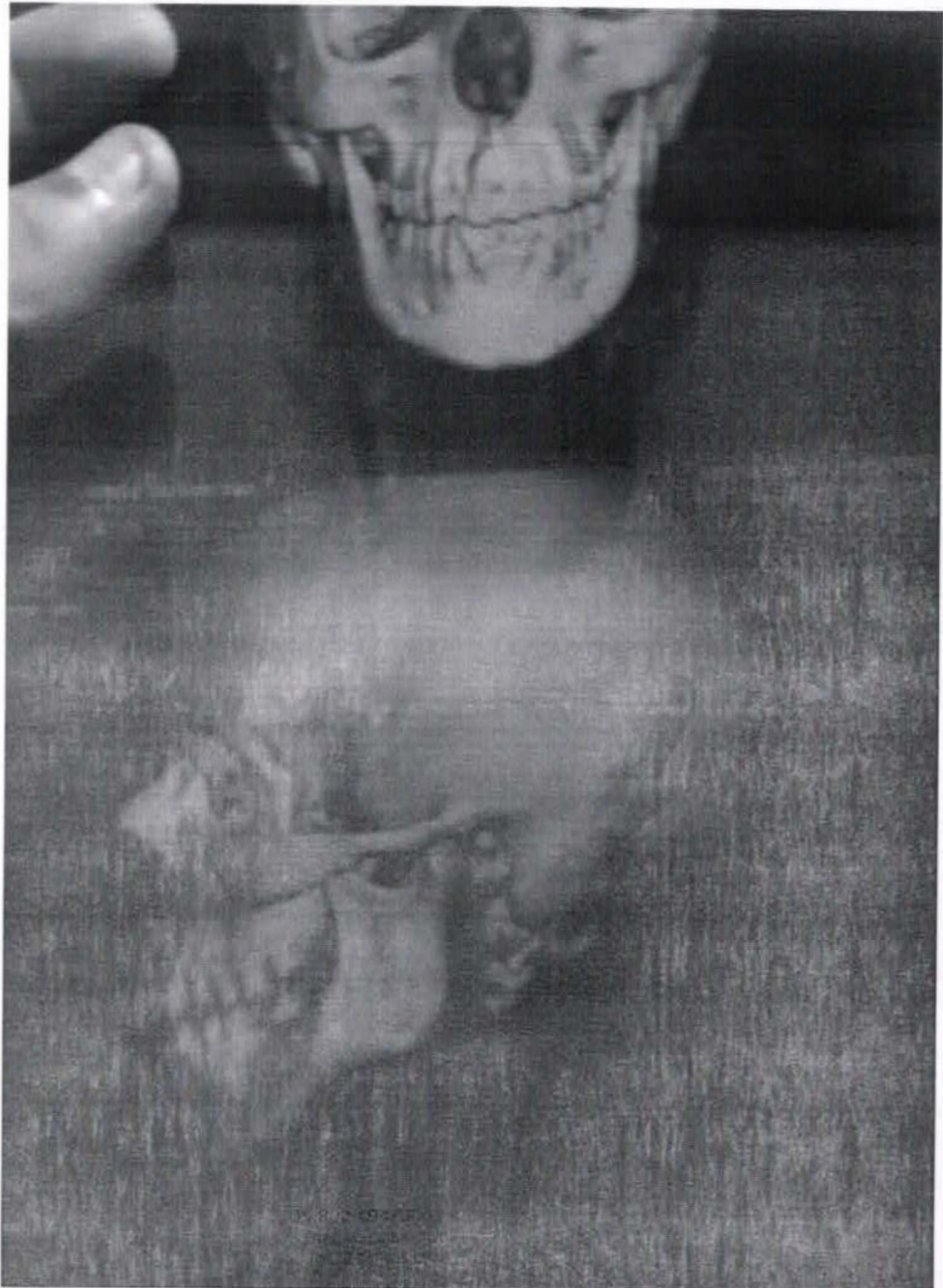


DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2018

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, 181 175 SL 902 BL C

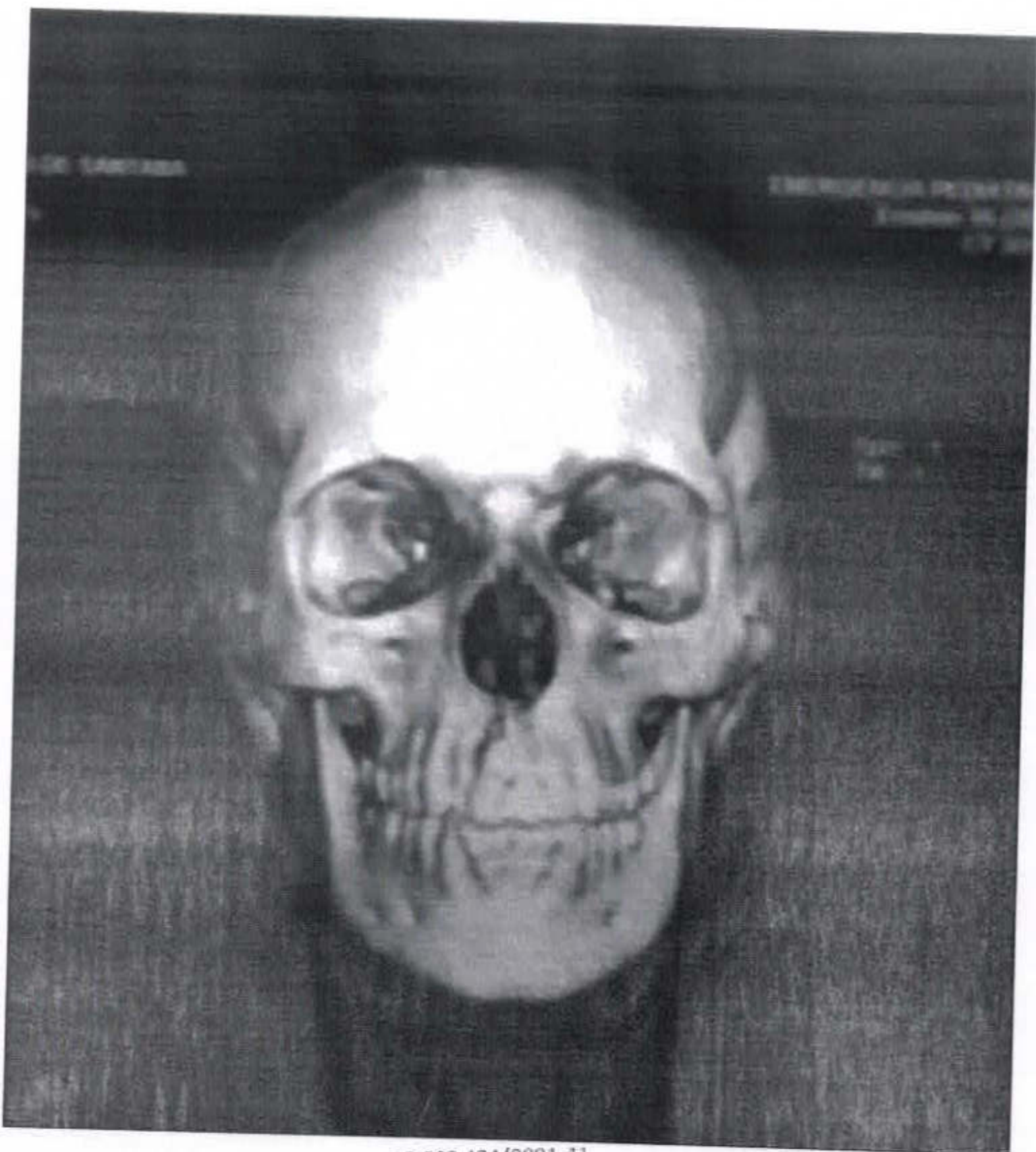


20 JUN 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned by CamScanner



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

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

Scanned by CamScanner

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
12.M.V.O



ENCAMINHAMENTO

Nome: Jose Amador de Jesus Filho 24/07/2019
 Foto: VERO / 12.M.V.O Senha: 5655-655

- Retirada de Placard (ultra de foto) -

(1) De todos os Placard feitos de acordo com
 ficha manual de dados e fotos (D) 12.0.0.0

Slings (15) Wm Co - 5.000.000
PR-90x60cm 1/8

Sol 40-58

HR - Venda / 12.M.V.O
5655-655

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

02 JUL 2019

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

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 JUL 2019

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

Dr. Bruno de Jesus
União de Boa Vista
CRM 22.002

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURR



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, 741 175, SL 902 BL. C
POA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Jose Laurindo de Santana

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.855.511

DATA DE
EXPIRAÇÃO

18/12/2013

NOME

<< JOSÉ LAURINDO DE SANTANA >>

FILIAÇÃO

<< GERALDO DE SANTANA >>

<< LILIANA LUIZIA LAURINDO >>

NATURALIDADE

CHÃ DE ALEGRIA - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/09/2001

05.802.494/0001-41
TRACAO CORREIOIRA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

DOC. GERAL

<< CN.12549-LA-11-F.131-CART.SEDE-

CHÃ DE ALEGRIA-PE-16.02.2007 >>

CNPJ

073.353.914-90

Bel. Janda de S. Carneiro Leão

Delegado Gerente do IIRB

ASSINATURADO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO E APOIO SOCIAL



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 21-90

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE - PE

Bauriana Luzia Baurim do

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 7.417.223 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2013

NOME << LUCIANA LUZIA LAURINDO >>

PREVENÇÃO << JORGE JOSÉ LAURINDO >>
<< LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE CHÃ DE ALEGRIA - PE

DOC. ORIGEM << 0746740155 1986

000592277 CHÃ DE ALEGRIA - PE

CNPJ 067.950.104-57

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS S/A
28 JUN 2010
Rua da Aurora, 14125, S. 902 950
Roz Vista - CEP: 20.550-010
RECET-40

F-57 26 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
800 LIMA - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE



Jose Lavinio de Souto

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.855.511 18/12/2013

<< JOSÉ LAURINDO DE SANTANA >>

<< GERALDO DE SANTANA >>

<< LUCIANA LUIZIA LAURINDO >>

NATURALIDADE

CHÃ DE ALEGRIA - PE

CPF

073.353.914-90 05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 JUL 2019
Rua da Aurora, 10-175, SL-902 BPT
Roa Vista - CEP: 50.060-010
PECEL-PE

073.353.914-90 Del. Jandir de S. Carneiro Leão
Delegado Gerente do ITR
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

DATA DE NOMEAMENTO
14/09/2001

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.417.223

DATA DE
EXPIRAÇÃO 14/10/2013

NOME

<< LUCIANA LUZIA LAURINDO >>

FRAÇÃO

<< JORGE JOSÉ LAURINDO >>

<< LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE

CHÃ DE ALEGRIA - PE

DOC. ORIGEM

<< 0746740155 1992 >>

000692277 CHÃ DE ALEGRIA - PE

CPF

067.950.104-57

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2013

Rua da Aurora, 10325, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

14/10/2013

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO LAYANES BURJE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2013

Rua da Aurora, 10325, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Luciana Luzia Laurindo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014486569942

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 540827746 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
JOSE SEVERINO DOS SANTOS

CHA DE ALEGRIA-PE

CPF / CNPJ
322.016.564-87

PLACA
KLA0176

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
952KC1660DR533415

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN EX

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP. / POT. / CIL.
2P / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA 2019 QUITADO

FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

VENC. / COTAS
1ª *****
2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL
CHA DE ALEGRIA

DATA
12/01/19

Assinado digitalmente por: [Assinatura]
Diretor Presidente do Conselho DETRAN/PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE

Nº 014486569942

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	540827746	*****	2019

NOME	05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 28 JUN 2019 Rua da Aurora, Nº 175, 9.502 BL. C RECIFE - PE 51.060-010
JOSE SEVERINO DOS SANTOS	
CHA DE ALEGRIA-PE	

CPF / CNPJ	PLACA
322.016.554-87	KLH0176

PLACA ANT. / UF	CHASSI
***** / PE	5ZKC1669DR533415

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA	ALCO / GASOL

MARCA / MODELO	ANO FABR.	ANO MOD.
HONDA / CG 150 TITAN EX	2011	2013

CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P / 149CL	PARTIC	VERMELHA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
	1	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FACO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL	DATA
CHA DE ALEGRIA	12/01/19

Marcelo Truc de Azevedo

Director Presidente do Exercício DETRAN/PE

CONTRAN

**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 - Órgão 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ 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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

(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 às 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 nº 8505
Médico do 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 MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO CONSERVADOS
físico: CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES)
ALTA HOSPITALAR EM 06/04/2019
EVOLUIU SATISFATORIAMENTE
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 MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO CONSERVADOS
físico: CICATRIZES DE ESCORIAÇÕES NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR FEZ FISIOTERAPIA (10 SESSÕES)
ALTA HOSPITALAR EM 06/04/2019
EVOLUIU SATISFATORIAMENTE
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 - OSTEOSSÍNTESE 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:

1. OUTORGANTE: JOSE LAURINDO DE SANTANA

portador(a) do documento de identidade n.º 9.855.511, expedido por SDS, em

12/12/2013, inscrito no CPF sob o n.º 073.353.914-90

residente: RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, n.º 24, complemento:

Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

2. OUTORGADO: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

portador(a) do documento de identidade n.º 10.440.467, expedido por SDS, em

01/09/16, inscrito no CPF sob o n.º 134.023.334-73

residente: MARIA HELENA DA FONSECA, n.º 526, complemento:

Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

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

JOSE LAURINDO DE SANTANA, Acidente ocorrido no dia 04/04/19 do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

31 de MAIO de 2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SE 902 BL. C
862 VISTA - CEP: 50.040-010
RECIFE-PE

OUTORGANTE: JOSE LAURINDO DE SANTANA

(reconhecer firma por autenticidade)

Luciana Luzia Laurindo

LUCIANA LUZIA LAURINDO

CPF: 067.950.104-57 - GENITORA



PROCURAÇÃO

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

portador(a) do documento de identidade nº: 9.855.511, expedido por SPS, em 13/12/2013, inscrito no CPF sob o nº: 073.353.914-90

residente: RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, n.º 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 SPS, em 01/04/16, inscrito no CPF sob o nº: 134.023.334-73

residente: MARIA HELENA DA FONSECA, n.º: 526, complemento: _____

Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

Amplios 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:

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

31 de MAIO de 2019

OUTORGANTE: JOSE LAURINDO DE SANTANA

(reconhecer firma por autenticidade)

Luciana Luzia Laurindo

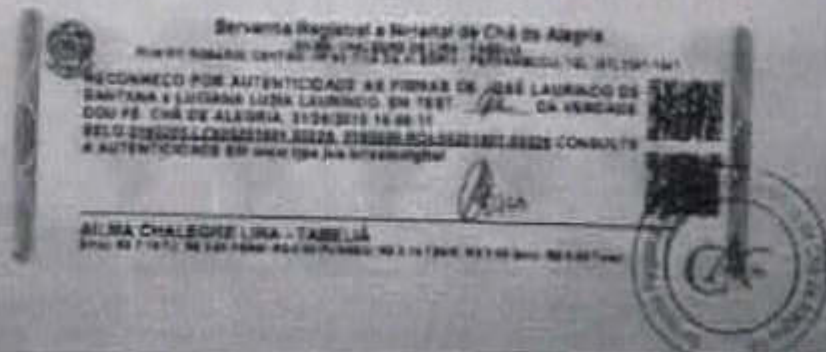
LUCIANA LUZIA LAURINDO

CPF: 067.950.104-57 - GENITRIZ

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 1017, 52.907-000
Bela Vista - CEP: 55200-010
PE - CHA DE ALEGRIA



PROCURAÇÃO

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

portador(a) do documento de identidade n.º 9.855.511, expedido por SPS, em 13/12/2013, inscrito no CPF sob o n.º 073.353.914-90

residente: RUA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, n.º 24, complemento: _____

Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

2. OUTORGADO: JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

portador(a) do documento de identidade n.º 10.440.467, expedido por SPS, em 01/04/16, inscrito no CPF sob o n.º 134.023.334-73

residente: MARIA HELENA DA FONSECA, n.º 526, complemento: _____

Bairro: VILA DORALICE, cidade: CHA DE ALEGRIA, Estado: PE

Amplios 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:

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

31 de MAIO de 2019

OUTORGANTE: JOSE LAURINDO DE SANTANA

(reconhecer firma por autenticidade)

Luciana Luzia Laurindo

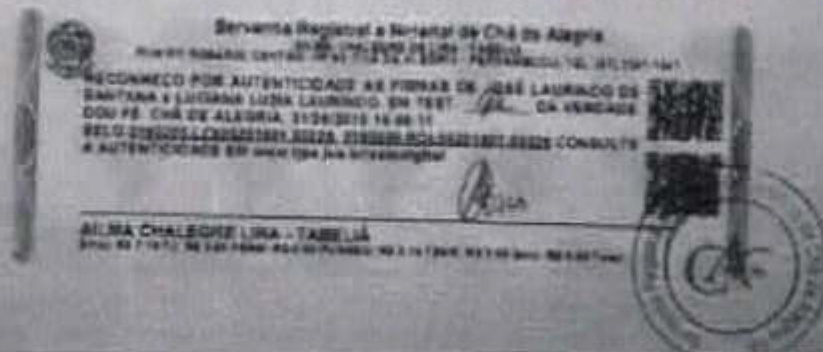
LUCIANA LUZIA LAURINDO

CPF: 067.950.104-57 - GENITRIZ

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, 1017, 52.907-000
Bela Vista - CEP 55200-010
PE - CHA DE ALEGRIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217770/19

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF: 073.353.914-90

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF de: Próprio

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381976/19

Vítima: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF: 073.353.914-90

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 04/04/2019

Titular do CPF: JOSE LAURINDO DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

Steffany Carolyn Lins Veloso

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



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



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



cancela este direito de cobertura: ☐ CASO ESPECIAL DE RESCISÃO INICIAL E SUBSEGUENTES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo do segurado: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 CPF: **073.353.914-90**
 Nome completo do beneficiário: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 CPF: **073.353.914-90**
 Endereço: **RUA AMELIA FERREIRA DE LIMA**
 Número: **24**
 Bairro: **VILA DOMLICE**
 Cidade: **CIDADE DE ALBUCA**
 Estado: **PE**
 CEP: **55835-000**
 Telefone: **(81) 99304-6299**

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

VALORES CADASTRADOS

☒ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 4.000,00
☐ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 6.000,00
☐ R\$ 7.000,00
☐ R\$ 8.000,00
☐ R\$ 9.000,00
☐ R\$ 10.000,00

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

☒ CONTA CORRENTE (Tabela de Juros)
☐ CONTA CORRENTE (Tabela de Juros)

Nome do Banco: _____

AGÊNCIA: **3536** CONTA: **19471** 3

Atenção: a seguradora LIDER se reserva o direito de alterar, sem prévio aviso, os valores e condições do seguro DPVAT, bem como a forma de pagamento, a qualquer tempo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve interdição do segurado a partir do acidente de trânsito, conforme consta no laudo do IMI (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinado) não se aplica.

☒ Não há IMI que atenda a regra de exclusão no dia do acidente; ou

☐ O IMI que atenda a regra de exclusão do acidente não possui validade para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IMI que atenda a regra de exclusão no dia do acidente não possui validade para fins do Seguro DPVAT; ou

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO PARTICIPANTE ADICIONAL PARA COBERTURA DE MORTE

Nome do beneficiário: ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário

Nome do beneficiário: ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário

Nome do beneficiário: ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário ☐ Beneficiário

Assinatura do segurado: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do beneficiário: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**

Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**
 Assinatura do corretor: **JOSE WUINIZO DE SANTANA**

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

Atenção: este seguro cobre os danos decorrentes de acidente de trânsito, desde que o segurado esteja devidamente registrado no sistema de registro de veículos (SISREVE).

2 de 2



04/06/2019 13:39

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁ - DP04-CIRC
DINTER/12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000554

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

Complemento o BU Número: 19E0154000529

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 4/4/2019 às 23:00

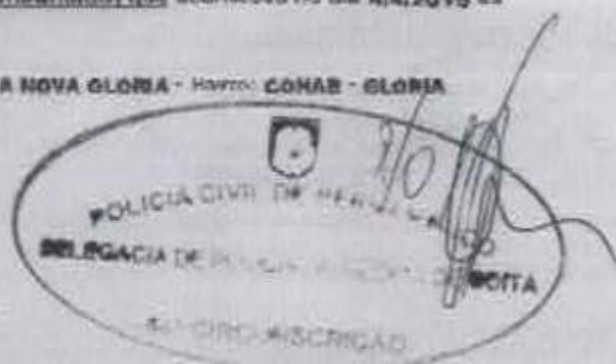
Local ocorrido no endereço: **RODOVIA PE CINQUENTA, 1, PRÓXIMO A NOVA GLÓRIA - Bairro: CONAS - GLÓRIA DO GOIÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local de Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvido(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (CULPOSO LACONTE);
JOSE SEVERINO DOS SANTOS (OUTRO);
JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (VÍTIMA);
JOSE LAURINDO DE SANTANA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE SEVERINO DOS SANTOS**



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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: JOSELEIDE JOANA DE OLIVEIRA Mãe: ORLANDO VICENTE DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/3/1990 Naturalidade: CHA DE ALEGRIA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 40440467/SS-PE (RG); 13402333473 (CPF); Estado Civil: AMARRADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO
Telefone Celular: **81983177204**

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

JOSE LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: LUCIANA LUZIA LAURINDO Mãe: GERALDO DE SANTANA Data de Nascimento: 14/9/2001 Naturalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 0055514/SS-PE (RG); 07335394490 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: **RUA PROFESSORA ADALGISA FERREIRA DE LIMA, 74 - CEP: 0 - Bairro: MARIA DORALICE MANSO - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSE SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: MARIA JOSE MEHEIRO Mãe: SEVERINO JOSE DOS SANTOS Data de Nascimento: 8/2/1957 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHA DE ALEGRIA, 40, ENGENHO VENEZA, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - BAIRRO: AO 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

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

UNIDADE 12

UNIDADE 12

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE SEVERINO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Matr: **KJ0176** (PICHINIMBU CONFINA-0124-100) Hora: **540827746** Chassi: **8CZK016608533415**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

MOTOCICLETA 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

AS VÍTIMAS INFORMAM QUE TRANSMITAVAM NA RODOVIA PE 50 NO SENTIDO CHA 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 BAUDE DE CHA DE ALEGRIA, QUE VIERAM COM UMA AMBULÂNCIA, EQUIPE ESTÁ INFORMADA DO ACIDENTE POR POPULARES. FORAM SOCORRIDOS PARA A UNIDADE MISTA VIRGILIA GUERRA, DE CHA DE ALEGRIA. DE LÁ FORAM TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE. OBS: MOTOCICLETA UTILIZADA PELO ACIDENTADO DE PROPRIEDADE DO SR. JOSE SEVERINO DOS SANTOS, RG NR 2208552 SOB/PE CPF NR 372.816.564-97 R.O. COMPLEMENTAR AO R.O. N.º 1582154000528

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

JOSE ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS

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

JOSE LAURENDO DE SANTANA

(VÍTIMA) **Jose Laurindo de Santana**

R.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **155.816-3**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2.9 JUN 2014

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

RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOIÁ - DP64-CIRC
DINTER/112º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154000529

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa (Consumado) que aconteceu no dia 24/05/2019 às 23:00

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE CINQUENTA, 4, PROXIMO A NOVA GLÓRIA - BAIRRO: COHAS - GLÓRIA DO GOIÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

PESSOA(S) ENVOLVIDA(S) NA OCORRÊNCIA:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
Sr(a): JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (VITIMA)
Sr(a): JOSÉ LAURINDO DE SANTANA (VITIMA)



2 de 2

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ LAURINDO DE SANTANA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

31/05/2019 14:12

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

JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Nome: JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS - Data de Nascimento: 10/01/1999 - Nacionalidade: CHA DE ALEGRIA / PERNAMBUCO / BRASIL - Documento: 1040407508PE (RG) 13482333473 (CPF) Estado Civil: CASADO(a) Escolaridade: 2º GRAU INCOMPLETO
Endereço: Glória - 81903177204

Endereço Residência: RUA MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO, 320 - CEP: 8 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSÉ LAURINDO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Nome: LUCIANA LUZ A LAURINDO - Data de Nascimento: 14/09/2001 - Nacionalidade: CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL - Documento: 3055511005PE (RG) 07335391400 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(a) - Escolaridade: 1º GRAU COMPLETO
Endereço Residência: RUA PROFESSORA ADALGIZA FERREIRA DE LUNA, 74 - CEP: 8 - Bairro: MARIA DORALICE MASSENA - CHA DE ALEGRIA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ LAURINDO DE SANTANA
Categoria/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX Offroad (usado) Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

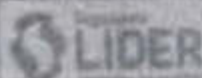
28 JUN 2019

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione uma opção de cobertura: ☐ SEM COBERTURA DE AUSÊNCIA DE TRABALHO E SUPERINTENDENTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ SAÚDE

Nome completo: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome completo do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA**

Endereço: **AV. AMELIA FONTINA DE LIMA** CEP: **55835-000** Cidade: **CHÃ DE ALGUNA** Estado: **PE**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90** Nome do titular: **JOSE LAURINZO DE SANTANA** CPF: **073.353.914-90**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

U.M.E.V.G

CINQUE
DE SETEMBRO

ENCAMINHAMENTO

Nome: Jose Alexandre de Souza 24/01/2012
 Hora: 15:12 / 15:10 Senha: 5655-655

- Parturientes de Polígonos (ultra de hoto) -

(1) De todos os pontos de coleta de

parturientes de Polígonos (ultra de hoto) (D) FRB

Fluxo (15)

W-10 - 2000-15

PR. 90x60cm - 18

Sat. 02. 9.81

HR - Vento / 1000m P

5655-655

05.802.494/0001-43
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

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

Dr. Bruno J. Farias
 Ultrassom
 CRM 2002

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0600 281 0142
 Ouvidoria 0600 382 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167 - Ligação Gratuita de telefonia fixa e móvel

CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3B33.5E56

Scanned by CamScanner



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 382 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167 - Ligação Gratuita de telefonia fixa e móvel

CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3B33.5E56

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DESCRIÇÃO	LOCALIDADE	VALOR APROXIMADO	VALOR MÉDIA	VALOR TÍPO	VALOR MÁXIMO
março/2019					
ENC. fixo de tração sem Energia	BOM JARDIM	4,23	11,30	22,51	45,22
ENC. fixo de tração sem Energia		1,00	7,87	22,34	90,89
ENC. duração máxima de paralisação contínua		4,23	0,19	0,06	0,00
ENC. duração de paralisação em dia útil		(sem ENC) 10,00			

VALOR TOTAL DE INTERRUPÇÃO DE TRAFEGO = R\$ 0,00

Todos os valores são apenas a estimativa dos valores ENC, ENC, ENC e ENC a partir de...

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	200	221

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

[illegible]

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	SALDO DE PAGAMENTO
QC246783SD10	05/2019	26,44	31/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este carnê será usado em leitura ótica.

838100000000 264400110023 467835010100 139823224130



05.802.494/0001-14
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

AUTENTICO MECHANICS

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, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
(PIS) 10.835.932/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0605343-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

JOSE RAMALHO BEZERRA
CPF: 455.336.624-04 NIS: 12271821889

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ADALGISA FERNANDES DE LIMA 24

VILA DORALICILHA DE ALISSA
CNA DE ALEGRIA PE
54633-000

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossos unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

31/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

26,44

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/05/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/05/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

063343557

CONTA CONTRATO

002467835010

Nº DO CLIENTE

2001248866

Nº DA INSTALAÇÃO

0002150437

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3833.5E56

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18509237	5,55
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	37,00	0,33444442	12,37
Azulejaria Sanitários AMARELA			0,29
Contrib. Rem. Prefeitura Municipal			5,88
Multa por atraso NF 019350812 - 24/04/19			2,68
Juros por atraso NF 038350812 - 24/04/19			0,21
Atualização IGP-M NF 039350812 - 24/04/19			0,19
TOTAL DA FATURA			26,44

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	15,43	1,19	0,21	15,68
					1,37
					0,69

Tarifas Aplicadas

Consumo fixo até 30 kWh: R\$ 1.153,00
Consumo médio superior a 30 até 100 kWh: R\$ 2.134,00

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
MAI 19	111	37,00
ABR 19	111	37,00
MAR 19	111	37,00
FEV 19	111	37,00
JAN 19	111	37,00
DEZ 18	111	37,00
NOV 18	111	37,00
OCT 18	111	37,00
SET 18	111	37,00
AUG 18	111	37,00
JUL 18	111	37,00
JUN 18	111	37,00
MAI 18	111	37,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

TIPO DE CONSUMO	VALOR (R\$)
Residência	12,37
Comércio	5,88
Indústria	0,29
Outros	0,21
TOTAL	26,44

DESEMPENHO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)
01/05/2019 a 31/05/2019	111	37,00

NOTA FISCAL EMITIDA EM SISTEMA AUTOMATIZADO

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR (R\$)
Interrupção de energia elétrica	111	37,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Agências bancárias, supermercados, lojas de materiais de construção, etc. ou em casa! Consulte o endereço em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a leitura em vigor é a Anual. Mais informações em www.aneel.gov.br.
A partir de 24/04, tarifa com reajuste médio de 5,54% para Baixa Tensão e 5,76% para Alta Tensão-REM 2.335/19.
O cliente é responsável quando há variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pague em atraso multa 2% (Resolução ANEEL June 174 mil (10.438/02)) e atualização monetária no pró. mês.
Isenção da ICMS conforme art. 4, XVIII, a, 2.2.1, do RICMS-PE.
Devolução pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - RE 21.18.
O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os serviços de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	230

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

838100000000 264400110023 467835010100 139823224130



05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 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



CELPE
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de São Paulo - ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANCEL 414/2017), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, por consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.culpa.com.br

26.44

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 111–118

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3833.5E5A

Pague no posto mais perto de você as cotizações anuais pelo novo: **rua Manoel José Estêvão / sair de Buenos Aires** - em: **1** **Manuel José Estêvão** completa em **www.valep.com.br**
 Na lista de leitura a bordo de um carro a 40 km/h. Mas informações em seu assento giram.
 A partir de 2010, a taxa será reduzida de 1,5% para 1,3% para São Paulo.
 O cliente é acompanhado quanto à situação na comunidade individual no nível de tensão de fortalecimento.
 Pague no posto mais perto de você a cotização anual pelo novo: **rua Manoel José Estêvão / sair de Buenos Aires** - em: **1** **Manuel José Estêvão** completa em **www.valep.com.br**
 Na lista de leitura a bordo de um carro a 40 km/h. Mas informações em seu assento giram.
 A partir de 2010, a taxa será reduzida de 1,5% para 1,3% para São Paulo.
 O cliente é acompanhado quanto à situação na comunidade individual no nível de tensão de fortalecimento.
 Pague no posto mais perto de você a cotização anual pelo novo: **rua Manoel José Estêvão / sair de Buenos Aires** - em: **1** **Manuel José Estêvão** completa em **www.valep.com.br**
 Na lista de leitura a bordo de um carro a 40 km/h. Mas informações em seu assento giram.
 A partir de 2010, a taxa será reduzida de 1,5% para 1,3% para São Paulo.
 O cliente é acompanhado quanto à situação na comunidade individual no nível de tensão de fortalecimento.

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	234
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

CONTA CORRENTE	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002467835010	05/2019	26,44	31/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitores ópticos

838100000000 264400110073 457815010100 139821234130



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 1979

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

www.ceipe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 115
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5590
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
ARPE-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSE RAMUNDO BEZERRA CPF: 462.338.624-04 NRE: 1227181288	DATA DE VENCIMENTO 31/05/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 26,44	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 24/05/2019 DATA DE APRESENTAÇÃO 24/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 053342557	CONTA CONTRATO 002467835010 Nº DO CLIENTE 200124888 Nº DA INSTALAÇÃO 2002159437
	ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA MARIA HELENA DA CONCEIÇÃO 330 VILA DORALICE/CHA DE ALEGRIA CHA DE ALEGRIA PE 55835-000		
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico			
RESERVADO AO FISCO CA1C.124E.2013.C17C.3C14.F33D.3833.5E56			

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	70,00	0,17886217	12,52
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	37,00	0,34481442	12,77
Aterramento Bandeira AMARELA			0,28
Contrib. Guari. Pública Municipal			6,28
Multa por atraso-NF 059550892 - 24/04/19			2,64
Juros por atraso-NF 059550892 - 24/04/19			0,21
Atualização INPC-NF 059550892 - 25/04/19			0,19
TOTAL DA FATURA			25,84

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	18,48	1,10	0,21
					18,48
					2,37
					3,49

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 20 kWh	0,17886217	MAI 19	57
Consumo Ativo superior a 20 até 100 kWh	0,34481442	ABR 19	111
		MAI 19	57
		JUN 19	24
		JUL 19	00
		AUG 19	00
		SET 19	00
		OCT 19	00
		NOV 19	00
		DEZ 19	00
		JAN 20	00
		FEB 20	00
		MAR 20	00
		ABR 20	00
		MAY 20	00
		JUN 20	00
		JUL 20	00
		AUG 20	00
		SET 20	00
		OCT 20	00
		NOV 20	00
		DEZ 20	00
		JAN 21	00
		FEB 21	00
		MAR 21	00
		ABR 21	00
		MAY 21	00
		JUN 21	00
		JUL 21	00
		AUG 21	00
		SET 21	00
		OCT 21	00
		NOV 21	00
		DEZ 21	00
		JAN 22	00
		FEB 22	00
		MAR 22	00
		ABR 22	00
		MAY 22	00
		JUN 22	00
		JUL 22	00
		AUG 22	00
		SET 22	00
		OCT 22	00
		NOV 22	00
		DEZ 22	00
		JAN 23	00
		FEB 23	00
		MAR 23	00
		ABR 23	00
		MAY 23	00
		JUN 23	00
		JUL 23	00
		AUG 23	00
		SET 23	00
		OCT 23	00
		NOV 23	00
		DEZ 23	00
		JAN 24	00
		FEB 24	00
		MAR 24	00
		ABR 24	00
		MAY 24	00
		JUN 24	00
		JUL 24	00
		AUG 24	00
		SET 24	00
		OCT 24	00
		NOV 24	00
		DEZ 24	00
		JAN 25	00
		FEB 25	00
		MAR 25	00
		ABR 25	00
		MAY 25	00
		JUN 25	00
		JUL 25	00
		AUG 25	00
		SET 25	00
		OCT 25	00
		NOV 25	00
		DEZ 25	00
		JAN 26	00
		FEB 26	00
		MAR 26	00
		ABR 26	00
		MAY 26	00
		JUN 26	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE FOLHA FISCAL									
NÚMERO DE FOLHA	TIPO DA FUNÇÃO	AUTENTICAÇÃO		FOLHA		Nº	SINTESE	NÚMERO	FOLHA
		DATA	LOCAL	DATA	LOCAL				
00000000182642727	CAT	24/04/2018	XXI	04/05/2018	XXI	04	05.802.494/0001-4	05	05.802.494/0001-4

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETOR
DE SEGUROS LTDA
 28 JUN 2019

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

DETALHES AQUI				
CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(EM)	VENCIMENTO	TABELA DE PAGAMENTO
002467835010	05/2019	26,48	01/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este contrato será usado em leitores ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.susep.gov.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: 0800-1198 / Outras regiões: 0800-022-1204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8198 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-1206 | Central Ouvidoria: 0800-022-9535

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular Número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECA/CAVEA/DOCORIGINAL/ASFX771F0318/000623-29539>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os seguradores não só tenham a cautela no cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações, como também devem manter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ORÇÃO RESPONSÁVEL, FEIO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA PESSOAL ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVAÇÃO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ORÇÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, REESTRUTURAR, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 979-5/1998.

Pelo exposto, eu José Orlando de Oliveira Santos

inscrito (a) no CPF/CNPJ: 334.023.334, 73 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Ivanildo de Santana inscrito (a) no CPF sob o nº 073.353.914, 40

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidant da vítima José Ivanildo 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.

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Este cliente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 289 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Maria Helena de Conceição</u>	Número: <u>326</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vila Comilce</u>	Cidade: <u>Chã de Alegria</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>agcwp</u>		CEP: <u>55835-000</u>
		Tel (DDD): <u>(81) 91304-6298</u>

Local e Data: Chã de Alegria (PE), 28/06/2019

* JOSÉ ORLANDO DE OLIVEIRA SANTOS
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 SL L
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE