

Faça esta declaração, acessando o site www.sagebrasil.com.br ou envie por correio eletrônico para sagebrasil@lider.com.br

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e processos, de segunda a sexta-feira, das 08h às 18h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-123456 / Outras regiões: 0800-123456

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 81 81 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800-022 81 81 | Fonecel (cobrança): 0800-022 81 81

Eu, JOSE RAIMUNDO DA SILVA
 RG nº 7231268, data de expedição 1/1
 Órgão SSP AL, portador do CPF nº 014.085.614-50
 com domicílio na cidade de TORITAMA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA EMÍDIO JORDÃO DAS NEVES, nº 59
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ROSME ALEXANDRE DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE RAIMUNDO DA SILVA
 Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG150 FANESD Ano: 2014
 Placa: 0YN0792 Chassi: 9C2KCL680ER499903
 Data do Acidente: 30/10/2019

Local e Data TORITAMA 30/08/2019



JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Assinatura do Declarante



JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Assinatura do Condutor

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

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

2º OFÍCIO DE REGISTRO E PROTESTO DE TORITAMA
 Rua João Manoel de Sá, 75 - Centro - Toritama - PE
 55060-000 - Fone: (081) 3333-1111

Requerido Por Autoridade a firma de
JOSE RAIMUNDO DA SILVA TORITAMA
 Em testemunha da verdade Escrevente
ALLYSSA NAYARA MEDeiros SURGEK
 Emp. 3.51 TSPR 0.01 PERC 0.40 Total R\$4.91
 Consulte autenticidade em www.tpe.pe.br
 Bem-estar do cidadão é nossa prioridade



ALLYSSA N. M. SURGEK
 ESCRIVENTE AUTORIZADO

2º OFÍCIO DE REGISTRO E PROTESTO DE TORITAMA
 Rua João Manoel de Sá, 75 - Centro - Toritama - PE
 55060-000 - Fone: (081) 3333-1111

Requerido Por Autoridade a firma de
JOSE RAIMUNDO DA SILVA TORITAMA
 Em testemunha da verdade Escrevente
OLEYSON ALVES MOTA DE ARAUJO
 Emp. 3.51 TSPR 0.01 PERC 0.40 Total R\$4.91
 Consulte autenticidade em www.tpe.pe.br
 Bem-estar do cidadão é nossa prioridade





HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Correio Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE *38*

RESIDENTE *Vila Lençóis - Coruripe*

PARA O HOSPITAL *HRA - Traumatismo Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitória de acidente de trânsito, queda de
moto, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desloc.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Maceió, pedindo
seu encaminhado para tal serviço,
mesmo com senha p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL:

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dr. Cláudio Cruz Santos
Cirurgião Geral
CREMEPE 19879

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

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



Prontuário: 32688

Religião:

CNS:

Nº: 73

Profissão: AUXILIAR DE LAVANDERIA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quelque Principal / HDA:

Are no feelings in

Exame Fisico:

F. the same crystal in/around
between many points

PA:

FG:

FR-

Diag. Provisorio

Reflections from the

Genus compatibility

Pr - nur keine andere

Dr. Paulo Larre
Cirurgião de Joelho
Cruz 2676
FAX 55-11-280 744-74

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

05.802.494/0001-41
TRUÇÃO CONCRETEIRA
DE SEGUROS LTDA

12 517-9

Rua da Aurora, 101 175, Sl 502 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

10/10/2018 3:29:53 PM

2 de 2

Usuário do Atendimento

MARIAISC

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

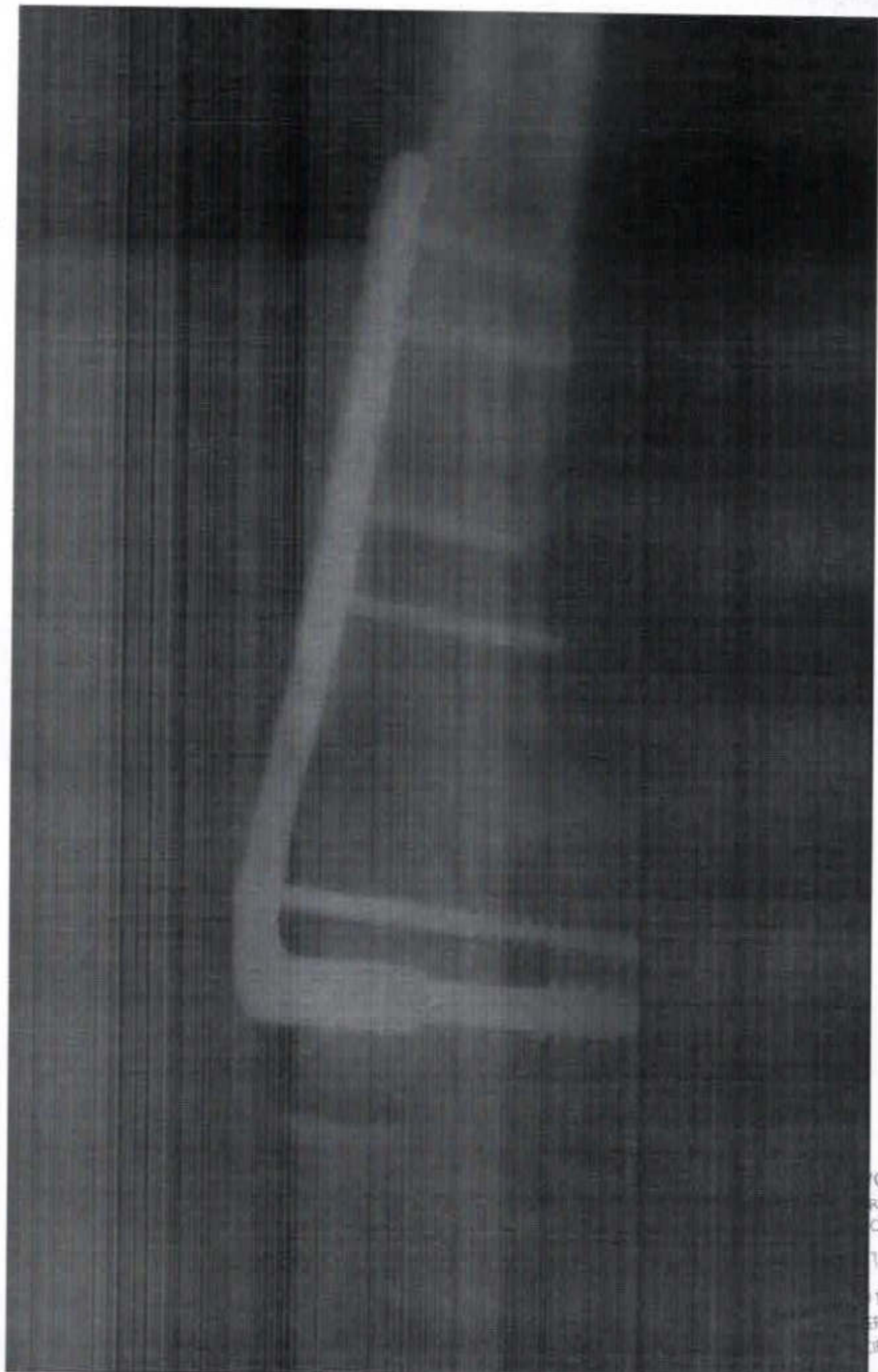
12 SET 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 903 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



0001-41
ARRETORA
OS LTDA
7 2019
175, 51 902 BL
EP- 50.063-010
08-01

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/10/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10/11/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Carne Alexandre da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do fêmur Direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento Cirúrgico de fratura de fêmur Direito. Alta 23/10/18	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCRIVER:	
QUAL RELAÇÃO A INCAPACIDADE FUNCIONAL COMULADA QUE: 1. A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ 2. A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (ESPECIFICAR): (se possível e adequado ao órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Ceto: tipo de cirurgia, com sinais
2º e legítimos, apresenta rigidez articular, redução da
3º amplitude de movimento, perda de extensão e flexão
4º do membro, perda de motricidade interna e externa
5º em uso de órtese para o membro

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12 meses
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: *[Assinatura]* 3318119

Assinatura e Selo do Médico: *[Assinatura]*
05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
ACQUAFORA E SERVIÇOS SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 30/30/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 10/10/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Corne Alexandre da Silva

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do fêmur Direito.

DADOS REQUERIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA)

Tratamento: Cirurgia de fratura de fêmur Direito. Alta 23/30/18

ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO

EXISTE ALGUM DEFICITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE OU TEMPORÁRIA QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (DESCRIVER): incapacidade a seguir em vigor (diagnóstico)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1ª Cirurgia fixa de fratura, com sinais
- 2ª fisiológicos, apresenta rigidez articular
- 3ª comprometida, com limitação
- 4ª de movimento, perda de extensão e flexão
- 5ª em uso de órtese para o membro.

APARELHO QUE ASSISTIU E/OU AVALIOU A VÍTIMA NO PERÍODO DE 1 mês E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: Corne Alexandre da Silva

3318119-802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura e Carimbo: 05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

19 SET 2019

12 SET 2019

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

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



**HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA**

**FICHA DE
ENCAMINHAMENTO**

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Cosmo Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE: *38*

RESIDENTE: *Vila Laranjeira - Laranjeiras*

PARA O HOSPITAL *HRA - Traumatismo Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitória de acidente de trânsito, queda de
moto, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desloc.*

*OBS: Paciente relata já fazer tratamento orto-
pédico na cidade de Manaus, preferindo
ser encaminhado para tal serviço,
neste caso com solicitação HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

*Dr. Cláudio Cruz Santos
Cirurgião Geral
CRM-PE 19879*

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

19 SET 2019

NOME DA MÃE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco -
Telefone: 3741- 1192 - E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama



Prontuário: 326887

Refinido:

CNS:

№ 73

Profissão: AUXILIAR DE LAVANDERIA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Apr 20 follows 2 in

Exame Físico:

P. for future crystal de/position.
between major peaks

PA:

FC:

FR

Diag. Provisório

Defting from an

Genus europaeus Linn

Pr - mit besserer Struktur

~~Dr. Panto Larre~~

Chirurgie de la Joconde

Q. 367

UNIT 10

Prescrição:

Dieta: _____

Gato

Horário

[illegible]

1 de 2

05 802 494/0501-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 SEP 2019

Risa da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 55.060-010

00000000

05.892.494/0001-11

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12. 5. 7. 9

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

95-CVE-94



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

☒ Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ Médico: _____ CRM: _____

DR. PAULO LUIZ
Cirurgião Geralista
10.511.219

10/10/2018 3:29:53 PM
2 de 2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 SET 2019

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

Usuário do Atendimento
MARIAISG
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

34/0001-4
CORRETORA
SURCOS LTDA
9 SET 2019
ora. 175, SL 90
lsta - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

0001-41
CORRETORA
SOS LTDA
T 2019
175, SL 902 BL
EP- 50.060-010
OFF-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETO
DE SEGUROS

12

Rua da Aurora, nº 175 - JARDIM
BOA VISTA - CEP: 13.200-200

Assinatura do Titular
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

37.746.165-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

15/MAR/2002

NOME

COSME ALEXANDRE DA SILVA

PAZAGAS

GENILSON JOSE DA SILVA

E LUZINETE FELIX FERREIRA

NATURALIDADE

PALMARES -PE

DATA DE NASCIMENTO

04/JUN/1980

DOC. ORIGEM

PALMARES -PE

PALMARES

CN: L. 8021/FLS. 0289/N. 023891

CAPL

AGENCIATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2009

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

Scanned by CamScanner



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Numero de Inscrição

328.408.408-80

Nome

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Nascimento

04/06/1980

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014357177711

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	COD RENAVAM 994687050	RNTRC *****	EXERCÍCIO 2019
----------	--------------------------	----------------	-------------------

NOME
JOSE RAIMUNDO DA SILVA

CARUARU-PE

CPF/CNPJ 014.085.514-50	PLACA QYN0792
----------------------------	------------------

PLACA ANT/UF *****	CHASSI 4C2K01580ER499903
-----------------------	-----------------------------

ESPECÍFICO PAS MOTOCICLETA	COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL
-------------------------------	---------------------------

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN E3DI	ANO FAB. 2014	ANO MOD. 2014
--------------------------------------	------------------	------------------

CAP/POT/CIL 2P/149CL	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
-------------------------	---------------------	---------------------------

COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA 1º *****	VENC/COTAS 2º *****
FAIXA IPVA 1	PARCELAMENTO/COTAS *****	3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11	IOF (R\$) 0.32	PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58	DATA DE PAGAMENTO 02/01/19
---------------------------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------------

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA	05.802.497/0001-41 TRABALHO COMUNITÁRIO DE SIG. E SEGUR.
----------------------------	--

LOCAL CARUARU-PE	DATA 25/04/19
---------------------	------------------

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PERMANENTE DE TRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528425 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190528425 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 10/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 1

X - SOLICITADO DOCUMENTO MÉDICO, NÃO FOI ACOSTADO.

P 2 - O BOLETIM DE PRIMEIRO ATENDIMENTO MENCIONA HISTÓRICO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA ANTERIOR EM FÊMUR DIREITO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315987/19

Número do Sinistro: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 328.408.408-80

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: COSME ALEXANDRE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2019
Nome: COSME ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 328.408.408-80

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0315987/19

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 328.408.408-80

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: COSME ALEXANDRE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

COSME ALEXANDRE DA SILVA : 328.408.408-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: COSME ALEXANDRE DA SILVA
CPF: 328.408.408-80

COSME ALEXANDRE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), COSME ALEXANDRE DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: COSME ALEXANDRE DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000916

Conta: 000001090-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190528425

Vítima: COSME ALEXANDRE DA SILVA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), COSME ALEXANDRE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 328.408.408-80 4 - Nome completo da vítima: ROSME ALEXANDRE M SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR BUSEF Nº 845/2013

5 - Nome completo: ROSME ALEXANDRE M SILVA 6 - CPF: 328.408.408-80
7 - Profissão: RUA 8 - Endereço: RUA CANAÃ 9 - Número: 77 10 - Complemento:
11 - Bairro: SOBRADO APT. 02 12 - Cidade: CANOAS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51000-000
15 - E-mail: RUA 16 - Tel. (DDD) 91304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos citados. Anotar o nº da conta)

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

AGÊNCIA: 0916 CONTA: 1090 3

☐ CONTA CORRENTE (Somente os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica os dados do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prova de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do laudo emitido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data de nascimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima de seu companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui netos/filhos netos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima possui irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT que inclui todos os beneficiários que se enquadrarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a requisição
35 - Nome legível de quem assina a requisição
36 - CPF legível de quem assina a requisição
37 - (1ª) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 2ª Nome: CPF: 05.803.494/0001-21
Assinatura da Seguradora: 39 - 3ª Nome: CPF: 12

40 - Local e Data: CANOAS (PE) 12/09/2019
Assinatura do Vítima/Beneficiário (declarante): ROSME ALEXANDRE M SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



CAIXA

POUPANÇA

6277 8014 6703 0981

COSME ALEXANDRE DA SILVA

0916 013 00001090-3 09/20

elo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

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 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC DINTER/17ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0219001366

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **10/10/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **RUA QUATRO DE OUTUBRO, 1, PROXIMO A POLICLINICA - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
JOSE RAIMUNDO DA SILVA (TESTEMUNHA)
COSME ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) JOSE RAIMUNDO DA SILVA



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

COSME ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: LUZINETE FELIX DA SILVA Pm
COSME JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 4/6/1980 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: VILA CANAA, 74, RUA PROJETADA, PRÓXIMO AO DEPOSITO DE GAS DE ALISSON - CEP: 0 -
Bairro: VILA CANAA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE RAIMUNDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: AMARA SEVERINA DA SILVA Pm
RAIMUNDO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 25/8/1983 Naturalidade: VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA EMÍDIO JORDAO DAS NEVES, 59 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO -
TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE RAIMUNDO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a)
JOSE RAIMUNDO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD Objeto envolvido: Não
Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: OYN0792 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 994687060 Chassi: 9C2KC1680ER499903
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL/GASOL
Descrição: CG 150 FAN ESDI

Complemento / Observação

08.502.204/7507
12
[Assinatura]

A VITIMA INFORMA QUE NO DIA 10 DE OUTUBRO DE 2018 PEGOU UM MOTOTAXI E O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DOBROU NA RUA QUATRO DE OUTUBRO E O PASSAGEIRO, COSME, ACABOU BATENDO A PERNA NUMA PEDRA QUE HAVIA NO MEIO DO CAMINHO. A VITIMA FOI SOCORRIDA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA E FOI TRANSFERIDO PRA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU LOCAL EM QUE FORAM REALIZADOS OS PROCEDIMENTOS CABIVEIS E A VITIMA AINDA PASSARÁ POR UMA CIRURGIA PARA NORMALIZAR A PERNA QUE FOI ATINGIDA.

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

Cosme Alexandre da Silva

COSME ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

JOSE RAIMUNDO DA SILVA

JOSE RAIMUNDO DA SILVA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: *[Assinatura]* CAMILA EMERENCIANO MATTOS - Matrícula: 387504-0 *[Assinatura]*



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Alvorada, 119-175, SL 902 BL C
BOA VISTA - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE

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

2 - Nº da inscrição de ASU: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

328.408.408-80

ROSE ALEXANDRE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR RUSEP Nº 441/2013

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

ROSE ALEXANDRE DA SILVA

328.408.408-80

Adv

Rua Canaã

77

SEVERINO AFRONSO

Canavieiras

PE

55.000.000

Adv

(11) 4304-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Anotar o tipo de conta) ☐ CONTA CORRENTE (Somente para bancos citados) Nome do BANCO: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0916 CONTA: 1090 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, que não submeterei a avaliação médica de custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 1º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica ou reanálise em âmbito da contencioso, caso discordo do meu veredicto.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou filhos menores de idade? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima deixou pais/zelo vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, certo de que a Seguradora LIDER pagará, caso efetuada a indenização do Seguro DPVAT por morte, somente aos beneficiários que se apresentarem e assinarem esta declaração, entendendo, certo, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina o pedido: 35 - Nome legível de quem assina o pedido: 36 - CPF legível de quem assina o pedido: 37 - 1ª Assinatura do quem assina o pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: 39 - 2ª Nome: CPF: 40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

Canavieiras (PE), 13/09/2019.
ROSE ALEXANDRE DA SILVA



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Carmo Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE *38*

RESIDENTE *Vila Lencina - Caruaru*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitimas de acidente de trânsito, queda de
neste, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desvio.*

*OBS: Paciente relata não pagar tratamento orto-
pédico na cidade de Mourão, pedindo
se encaminhado* para tal serviço,
neste com suporte p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dra. Clélia Cruz Santos
Clínica Geral
CRM/PE 19879

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rosa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL MUNICIPAL
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE
ENCAMINHAMENTO

2ª VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Carmo Alexandre da Silva*

REGISTRO Nº:

IDADE *38*

RESIDENTE *Vila Lencina - Caruaru*

PARA O HOSPITAL *HRA - Tratamento Ortopédico*

SENHA: *5531468*

ESCLARECE SE O MESMO É PORTADOR DE

*Vitimas de acidente de trânsito, queda de
neste, com histórico de cirurgia ortopédica
anterior em fêmur direito, referindo dor
em fêmur D associada a edema.*

*Radiografia mostra fratura de fêmur
direito distal com desvio.*

*OBS: Paciente relata não pagar tratamento orto-
pédico na cidade de Mourão, pedindo
se encaminhado* para tal serviço,
mesmo com cartão p/ HRA.*

DE ACORDO COM O MÉDICO

LOCAL

TORITAMA

DATA *10/10/18*

ASSINATURA DO MÉDICO:

[Assinatura]
Dra. Clélia Cruz Santos
Clínica Geral
CRM/PE 19879

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Av. João Manoel da Silva - Centro - Toritama - Pernambuco •
Telefone: 3741- 1192 • E-mail - admhospitaltoritama@gmail.com
CNPJ: 11.073.548/0001-88 Fundo Municipal de Saúde de Toritama

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rosa Vista - CEP 55.060-010
RECIFE-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: COSME ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00916

CONTA: 000000001090-3

Nr. da Autenticação BDC13CB8D8718825

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

CELPE

Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902

CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ROSMELE ANDRE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SEVERINO AFONSO/CARUARU

CARUARU PE

55000-000

CPF: 328.408.408-80

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO

7025692947

MES/ANO

07/2019

DATA DE VENCIMENTO

15/07/2019

DATA DE VENCIMENTO DA FATURA

07/08/2019

Nº DA NOTA FISCAL

068670824

SÉRIE

UNICA

EMIÇÃO

08/07/2019

APRESENTAÇÃO

08/07/2019

Nº DO CLIENTE

2011621224

Nº DA INSTALAÇÃO

0440741

TOTAL A PAGAR (R\$)

103,18

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo(kVh)

QUANTIDADE

123.0000000

PREÇO (R\$)

0.78083095

VALOR (R\$)

98,01

Acréscimo Bandeira AMARELA

0,48

Contrib. Ilum. Pública Municipal

7,17

ICMS Subvenção-CDE-NF 060897364-08/05/19

0,74

Bônus (TAIPU, art 21 da Lei 10.438/2002)

-1,22

05.80.0037-001-73

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE