



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria das Graças da Silva

RG nº 4090263, data de expedição 11/01/1989 Órgão SSP-PE

CPF nº 765.321.354.53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Torre Bisco</u>
Número	<u>196</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Compesa</u>
Cidade	<u>Raposa dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55450-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

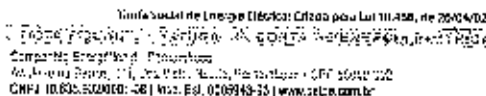
Local e Data: Raposa dos Gatos, 06/11/17

Assinatura do Declarante: Maria das Graças da Silva

05.802.994/0001-4
TRAÇÃO CORRÊFONA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE PACHECO, 106

CFR 785.321.354-536 S 18387181375

COMFESA, AGC Y DOS GAL. OS
_AGC Y DOS GAL. S PE
S-450/100

CLASSIFICAÇÃO
H1 RES DENCAL
DURA FENCA COMBIS
KORUPISCU

CENTRO CONTÁBIL	MESE/ANO
3104649902	09/2017
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PAGAMENTO LETURA
05/10/2017	30/10/2017
TOTAL A PAGAR R\$1	83,64

Nº DA NOTAFISCAL	SÉRIE	NUMERO
0000000000	UNCA	280140013

17 Apresentação; 18 no de controle; 19 nº da instalação
20 UNIVSA/17 220657444 23 134330H

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água até 30 kWh	20,0000000	4,23000000	84,60
Consumo Água superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	3,94000000	27,58
Consumo Água superior a 100 até 220 kWh	66,0000000	3,59000000	23,53
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,84
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,28
Contribuição Iluminação PUVI ca			12,34
ICMS Substituição CDE-MF 30063782-0000114			3,20

TOTAL FEATURES:

63 64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL Nº 2									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DMES	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (R\$)
10000000	CAT	26-06-2017	1.587,00	26-06-2017	1.777,00	91	0,0000		1.55,00

COMPARATIVO DE COMBUSTÍVEL

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO

COMPARATIVO DE COMBUSTÍVEL

PERÍODO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	DETALHES	VALOR	PERCENTUAL
01/01/17	156			Transmissão - 460	R\$ 3,03	2,32%
02/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
03/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
04/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
05/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
06/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
07/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
08/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
09/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
10/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
11/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
12/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
13/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
14/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
15/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
16/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
17/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
18/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
19/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
20/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
21/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
22/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
23/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
24/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
25/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
26/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
27/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
28/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
29/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
30/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
31/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
32/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
33/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
34/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
35/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
36/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
37/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
38/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
39/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
40/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
41/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
42/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
43/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
44/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
45/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
46/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
47/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
48/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
49/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
50/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
51/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
52/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
53/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
54/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
55/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
56/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
57/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
58/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
59/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
60/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
61/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
62/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
63/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
64/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
65/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
66/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
67/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
68/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
69/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
70/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
71/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
72/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
73/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
74/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
75/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
76/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
77/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
78/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
79/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
80/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
81/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
82/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
83/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
84/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
85/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
86/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
87/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
88/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
89/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
90/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
91/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
92/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
93/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
94/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
95/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
96/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
97/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
98/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
99/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
100/01/17	156			Particular - 460	R\$ 1,66	1,05%
Total					R\$ 44,83	100%

01/01/17 - 01/01/17
 02/01/17 - 02/01/17
 03/01/17 - 03/01/17
 04/01/17 - 04/01/17
 05/01/17 - 05/01/17
 06/01/17 - 06/01/17
 07/01/17 - 07/01/17
 08/01/17 - 08/01/17
 09/01/17 - 09/01/17
 10/01/17 - 10/01/17
 11/01/17 - 11/01/17
 12/01/17 - 12/01/17
 13/01/17 - 13/01/17
 14/01/17 - 14/01/17
 15/01/17 - 15/01/17
 16/01/17 - 16/01/17
 17/01/17 - 17/01/17
 18/01/17 - 18/01/17
 19/01/17 - 19/01/17
 20/01/17 - 20/01/17
 21/01/17 - 21/01/17
 22/01/17 - 22/01/17
 23/01/17 - 23/01/17
 24/01/17 - 24/01/17
 25/01/17 - 25/01/17
 26/01/17 - 26/01/17
 27/01/17 - 27/01/17
 28/01/17 - 28/01/17
 29/01/17 - 29/01/17
 30/01/17 - 30/01/17
 31/01/17 - 31/01/17
 32/01/17 - 32/01/17
 33/01/17 - 33/01/17
 34/01/17 - 34/01/17
 35/01/17 - 35/01/17
 36/01/17 - 36/01/17
 37/01/17 - 37/01/17
 38/01/17 - 38/01/17
 39/01/17 - 39/01/17
 40/01/17 - 40/01/17
 41/01/17 - 41/01/17
 42/01/17 - 42/01/17
 43/01/17 - 43/01/17
 44/01/17 - 44/01/17
 45/01/17 - 45/01/17
 46/01/17 - 46/01/17
 47/01/17 - 47/01/17
 48/01/17 - 48/01/17
 49/01/17 - 49/01/17
 50/01/17 - 50/01/17
 51/01/17 - 51/01/17
 52/01/17 - 52/01/17
 53/01/17 - 53/01/17
 54/01/17 - 54/01/17
 55/01/17 - 55/01/17
 56/01/17 - 56/01/17
 57/01/17 - 57/01/17
 58/01/17 - 58/01/17
 59/01/17 - 59/01/17
 60/01/17 - 60/01/17
 61/01/17 - 61/01/17
 62/01/17 - 62/01/17
 63/01/17 - 63/01/17
 64/01/17 - 64/01/17
 65/01/17 - 65/01/17
 66/01/17 - 66/01/17
 67/01/17 - 67/01/17
 68/01/17 - 68/01/17
 69/01/17 - 69/01/17
 70/01/17 - 70/01/17
 71/01/17 - 71/01/17
 72/01/17 - 72/01/17
 73/01/17 - 73/01/17
 74/01/17 - 74/01/17
 75/01/17 - 75/01/17
 76/01/17 - 76/01/17
 77/01/17 - 77/01/17
 78/01/17 - 78/01/17
 79/01/17 - 79/01/17
 80/01/17 - 80/01/17
 81/01/17 - 81/01/17
 82/01/17 - 82/01/17
 83/01/17 - 83/01/17
 84/01/17 - 84/01/17
 85/01/17 - 85/01/17
 86/01/17 - 86/01/17
 87/01/17 - 87/01/17
 88/01/17 - 88/01/17
 89/01/17 - 89/01/17
 90/01/17 - 90/01/17
 91/01/17 - 91/01/17
 92/01/17 - 92/01/17
 93/01/17 - 93/01/17
 94/01/17 - 94/01/17
 95/01/17 - 95/01/17
 96/01/17 - 96/01/17
 97/01/17 - 97/01/17
 98/01/17 - 98/01/17
 99/01/17 - 99/01/17
 100/01/17 - 100/01/17

[illegible]

05:802.494/3001

TRACAO CORRETO: A
DE 500.000,00
DE 500.000,00

CONDIÇÃO CATEGORIA	TEMPO MÉDIO (MIN)	CURTO MÉDIO	LARGO MÉDIO	LARGO ADIC.
ERG	0,01	5,91	7,02	70,44
PTG	0,01	1,62	6,95	13,70
GMVC	0,00	7,48	0,00	0,00

Endereço: 12.22 E-NSC - MME do Exército - Edifício do Exército de Defesa - Edifício de

Rua da Aurora, Nº 175, 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1500464912230	37/03/2017	05/10/2017	

83850000000-8 83840011001-8 04649902210-1 09972588143-6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



"0015"

Imprimato

Eu, Paulo Ricardo Gomes de Souza,RG nº 9.673.260, data de expedição 06/03/2013 Órgão S.D.S.-PE

CPF nº 191.611.574-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

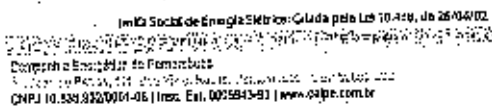
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tame Birpó</u>
Número	<u>396</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Comfesa</u>
Cidade	<u>Loanga dos Gatos</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55450-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9.9668-4814/9.9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Loanga dos Gatos, 06/11/17Assinatura do Declarante: Paulo Ricardo Gomes de SouzaIMPRIMATO
CORREÇÃO
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



ENTRADA DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TOME BISPO 198

CFF 105.321 304-53 MS 10342101375

COMPESAN, AGC - DOS GATOS
LARGAM DOS CAI A PE
55450-003

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
ZONA RENDACOMUNIS
Votados cu

CÓDIGO CONTRATO		VENCIMENTO	
104639902		09/2017	
DATA DE VENCIMENTO		DATA PAGAMENTO PROPOSTA/STUBA	
05/10/2017		30/10/2017	
TOTAL A PAGAR (R\$)		83,64	

NY BANTAM BOOK	DATE	PURCHASED BY
009632888	UNCL	23062017

ANEXO 01	Nº DO BOMBEIRO	INSTALAÇÃO
200057444	1847706	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativa até 30 KVAh	30,0000000	1,23040383	6,80
Consumo Ativa superior a 30 até 100 KVAh	70,0000000	0,38435533	27,00
Consumo Ativa superior a 100 até 270 KVAh	55,0000000	0,69133070	38,03
Adesivo Bandeira AMARELA			2,64
Adesivo Bandeira VERMELHA			0,28
Contribuição Iluminação Pública			12,64
ICMS Substituição GDF-MF 008891782-280-01/7			0,77

TOTAL OIL FATUFA

83 64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE GÁS NATURAL									
PERÍODO	Tipo de FUMOGAÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO EM kWh
11/05/2017	Caf	24-05-2017	1 587,00	24-06-2017	1 712,00	30	0,0000		125,00

[illegible]

INFORMACIÓN IMPORTANTE

El presente es un folio informativo y no debe ser utilizado como documento de respaldo. Para más información, consulte el sitio web de la Secretaría de Salud en www.salud.gob.mx o llame al 01-800-911-1211. No es un medicamento. No debe ser utilizado como sustituto de la atención médica profesional. No debe ser utilizado como sustituto de la atención médica profesional. No debe ser utilizado como sustituto de la atención médica profesional.

05-557494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEG. NOS ITDA

NOV. 2017

[illegible]

União GPR 15.22 9.60 - Valor do Encargado da Lei do Sistema de Gestão de Qualidade - R\$ 24,00

RECIPE

CONTRATO	VENCIMIENTO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR R\$

53 64

83850000000-8 63640011001-8 04619902210-1 09972588143-6



PREFEITURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA: 02/09/17 HORA: 13:43 REGISTRO: 243 180
NOME: Maria das Graças da Silva
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO:
ENDEREÇO: R. José Tomé Bispo
NATURALIDADE: La. dos Gatos PROFISSÃO: agricultora COR:
RESPONSÁVEL: a mesma IDENTIDADE:
CARTÃO DO SUS: FILIAÇÃO:
PESO: PA: 120x80 TEMPERATURA: PULSO: EC: FR:
QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198

DADOS CLÍNICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Luxação MMSS (E) Cotovelo
EXAMES SOLICITADOS: 1) Imobilizar
2) Diclonefeno 75 mg - 3x
3) Derivativos de 5mg - 3x
TRATAMENTO PROPOSTO: 4) 14:32
EXAME SOLICITADO: 1) Observar

Odaci Bernardes
Enfermeiro
COREN 444577

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO:

35.802.494/0001-41
IRACÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 802 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DESTINO DO PACIENTE:

☐ INTERNO PARA OBSERVAÇÃO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ ALTA PEDIDO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

☐ ÓBITO

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE: 20.181

TRANSFERIDO PARA:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Maria das Gracas da Silva Esteve** Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia 06/09/2017 e foi transferido para outra unidade hospitalar em 10/09/2017 com Registro Hospitalar: 305172 OBS: CID: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 06 de Outubro de 2017.

[Assinatura]
Mário da Silva Araújo
Coordenador de Arquivo - SAME do HRA
Identificador: 12450

Sector de Arquivo (SAME)

LOG 794 975/0289 27
F03-000 - 10-0001 Hospital
05.802.494/0001-4100
TRACÃO CORNEJOIA
DE SEGUROS LTDA
24 NOV. 2017

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

.(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



HOSPITAL JESUS PEQUENININO

LAUDO MEDICO

A paciente Mayra da
Graça de Silva encontra-se
operada de Fístula da cálcica
do útero E.

Seguro 21/9/17

Dr. Marcelo Elias de
Oliveira
CRM 15784

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099
05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

folha:

Mapa da Gracas da Salva

Soluto:

de 12/01/2017
p/ a perfil

Bezerros
9/11/17

Assinado
24 NOV 2017

Av. Major Aprigio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728.1586 / 1099

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

NOME: Maria das Graças da Silva

REG: 115766

DIAGNÓSTICO: Fratura da cabeça do crânio esquerdo

TRATAMENTO: Fixação com parafusos de Hebert

DATA DA CIRCUNSCRIÇÃO: 08/09/2017

ALTA: 09/09/2017

DATA DA VOLTA: 21/09/2017

7:00H DA MANHÃ

OBS:

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO FAVARES BURIL



SSINA TÍTULO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Maria das Graças da Silva

REGISTRO
GERAL

4090263

DATA DE EX-LIBROS 11/01/1989

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

FILIAÇÃO Cícero José da Silva e
Josefa Maria da Silva

NATURALIDADE

Lagoa dos Gatos-PE

DATA DE NASCIMENTO

08/05/1969

DOC ORIGEM C.Nasc.nº 11496, Fls. 106V, Liv.
A-28, Cart. Lagoa dos Gatos-PE.

CPE 765321354/53 *Antônio Lourenço*

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIN



0012

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

765321354/53

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
ESTE CARTÃO É UM DOCUMENTO COMPROVAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E
DE USO OBRIGATÓRIO EM TODOS OS CASOS - EXCEÇÃO DE JERÔNIMO
PARA O ALCANCE DA INSCRIÇÃO DE NOME, TRIBUTÁRIO, PROGENIE, A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA
DA RECEITA FEDERAL

CPF: 765321354/53

024/00826

05-01-89

BANDEPE

10420/2479

Mãe Auxiliadora de Lima
Galindo,
Mat. 04674

[Signature]

NON E MAT DULME ASSINATURA DO SIGNATÁRIO RESPONSÁVEL PELA CAISSA

VERIFICAR O CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

[Handwritten scribble]

** INVÁLIDO **

05.802.494/0001-47
TRACÃO CORRETOCHA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

CODIGO DE CONTROLE
0FC5.7B7F.5B43.0AD2

A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 09:41:37 do dia 21/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

Nascimento

25/09/1998

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Nome

121.611.574-50

Numero

COMPROVANTE DE INSCRICAO

Recadao Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

MINISTERIO DA FAZENDA

15.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIKA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170629068 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL - Analista não identificou possíveis sequelas através dos documentos que foram anexados

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

CRM do médico: 52.32504-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170629068 **Cidade:** Lagoa dos Gatos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM 0-40°) do cotovelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Procuração

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

1. Outorgante Maria das Graças da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 4090 263, expedido por SSP-PE, em
11.01.1989, inscrito no CPF sob o nº 765 321 354-53, residente na
Rua Tome Bispo, nº 196
complemento casa, Bairro Campeira, cidade
Lagoa dos Gatos, Estado PE.

2. Outorgado Paulo Ricardo Gomes de Souza
portador(a) do documento de identidade nº 9.673.260, expedido por SSP-PE, em
06.03.2013, inscrito no CPF sob o nº 121.611.574-50, residente na
Rua Tome Bispo, nº 196
complemento casa, Bairro Campeira, cidade
Lagoa dos Gatos, 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 - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

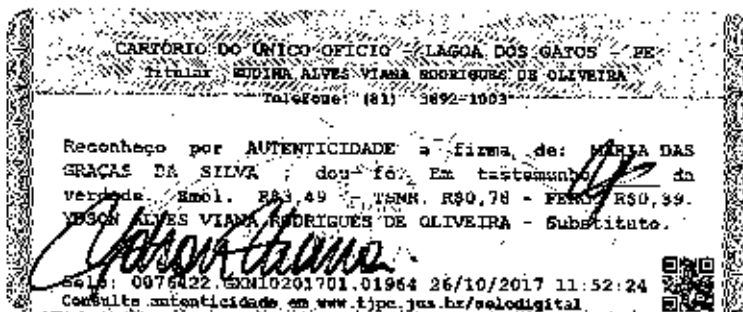
Lagoa dos Gatos, 26 de Outubro de 2017

Outorgante Maria das Graças da Silva

05.802.494/0001-04
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170629068**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TOME BISPO, 196 - COMPESA - Lagoa dos Gatos - PE - CEP 55450-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **4090263**

Data e local do acidente: [**02/09/2017**] **Lagoa dos Gatos**

Data e local do exame: [**21/05/2018**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da cabeça do rádio esquerdo.

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

O quadro foi submetido à osteossíntese com parafusos. Recebeu alta.

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

Vítima se queixa de dor no cotovelo esquerdo. Ao exame, apresenta redução da flexão (ADM 0-95°) e extensão (ADM 0-40°) do cotovelo esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "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 (Sequela):

Cotovelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (☒) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170629068

Vitima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Data do Acidente: 02/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170629068**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170629068**

Vitima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Data do Acidente: **02/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629068**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12036564



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Sinistro: **3170629068**

Vítima: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Data do Acidente: **02/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170629068** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta nº: 12880151

A/C: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170629068
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000006993-0**

Conta: **000001000405-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

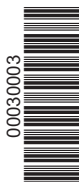
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

765.321.354-53

Nome completo da vítima

Maria das Graças da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria das Graças da Silva		CPF titular da conta 765.321.354-53	Profissão Recusou-se
Endereço Rua Tome Bispo		Número 196	Complemento Casa
Bairro Compesa	Cidade Bom Jardim dos Gatos	Estado Pernambuco	CEP 55450-000
País Brasil		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Selecione para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ GRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (100)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGENCIA 6993 (informar dígito se existir)	DV CONTA 1000405 (informar dígito se existir)	BANCO Nome AGENCIA 000 (informar dígito se existir)	CONTA 05.802.494/0001-41 (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

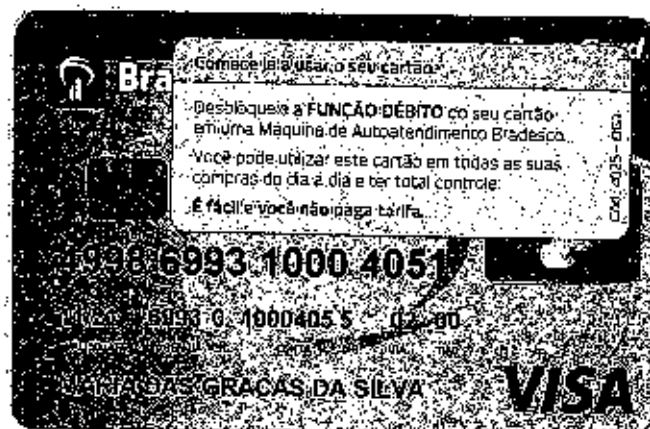
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Bom Jardim dos Gatos 06 de Novembro de 2017
Lugar e Data

Maria das Graças da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



JORDAN

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA DOS GATOS - DP99ªCIRC
DINTER/14ª DESPC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0189000213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/10/2017 às 15:27

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Quiloso (Capangado) que aconteceu no dia 25/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1, COMPESA - BAIRRO: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (AUTOR/AGENTE)
LUZ CARLOS FELIX DA SILVA (OUTRO)
MARIA DAS GRACAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
 Mãe: **JOSEFA MARIA DA SILVA PEREIRA JOSE DA SILVA** Data de nascimento: **25/7/1932** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: **MARIA DAS GRACAS DA SILVA SOUZA PEREIRA GOMES DE SOUZA** Data de nascimento: **25/9/1992** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE LAGOA DOS GATOS, 196, RUA TOME BISPO, BAIRRO COMPESA - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUZ CARLOS FELIX DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): LUZ CARLOS FELIX DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s): PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA
 Categoria/Breve/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO**

5802494/2001-41

DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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



COR. PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PE 90364 (NÃO INFORMADO/NÃO CADASTRADO) Renavam: 925234646 Chassi: SC2H56210DR408542

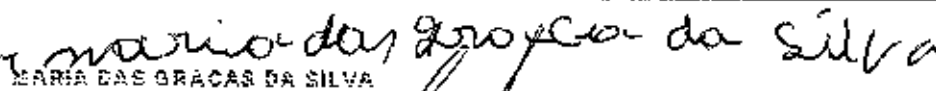
Ano Fabricação: 09/09/06

Combustível: GASOLINA

05/10/2017

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE IA NA GARAGEM DA MOTOCICLETA PILOTADA POR PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA QUE E SEU FILHO E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIRAM, TENDO A MACHUCADO O GOTOVELO ESQUERDO E SE DIREGIDO A UNIDADE MISTA DE SAUDE DESTA CIDADE E ENCAMINHADA PARA CUIRA E AINDA OUTRAS UNIDADES DE SAUDE EM BEZERROS E CARUARU PARA TRATAMENTO. NADA MAIS A INFORMAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policialMARIA DAS GRAÇAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: PAULO ALVES CORREIA - Matrícula: 99519-7

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17
Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CPF: 765.321.354-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/09/2017
Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DAS GRACAS DA SILVA : 765.321.354-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA : 121.611.574-50

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

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.

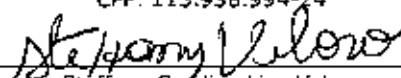
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/11/2017
Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA
CPF/CNPJ: 121.611.574-50

PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn Lins Veloso

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Maria das Graças da Silva, portador da carteira de identidade nº 4080263 e inscrito no CPF/MF sob o nº 765.321.354-53, residente e domiciliado na Rua Tome Bispo, Cidade Boa Vista dos Gatos Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74); uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria das Graças da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boa Vista dos Gatos, 06/11/17

Local e data

05.802.494/0001-41

TRACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 NOV. 2017

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

RECIFE-PE

FICHA DE ATENDIMENTO



FICHA DE ATENDIMENTO: 77273 IDADE: 48 ano(s) 4mês(es) 28 dia(s).

NOME: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 08/05/1969

SEXO: F

MÃE: JOSEFA MARIA DA SILVA

CIDADE: LAGOA DOS GATOS

ENDEREÇO: RUA JOSE TOME BISPO

Nº 196

BAIRRO: CENTRO

ESTADO CIVIL: CASADO (A)

DOCUMENTO: SUS163989312040021

PROFISSÃO: AGRICULTOR

TÉCNICO:

ENFERMEIRO:

MÉDICO:

ÚLTIMOS ATENDIMENTOS

DATA:

ATENDIMENTO Nº

MOTIVO

der em MSE após queda de

06/09/2017

77273

CONSULTA

moto

INFORMAÇÕES

HORÁRIO

PA

TEMPERATURA

PULSO

PESO

HGT

ASSINATURA

130x80

175

Queixas / Diagnóstico:

Tratamento:

Exame clínico
de de e estomago
(E) ainda queda de
H. dia.

Exames Complementares:

Dr. Sérgio Belém
Médico Internista
Mat. 02150251408
CPF: 02150251408
UPABOL

Impressão diagnóstica:

Luxação estomago!

Outras Informações:

Motivo da Saída: () Residência () Internado () Encaminhado:

Encaminhado ao 010

() Curativo () Nebulização () Med. Básico () Med. Espec. () Retirada de Ponto

() Urgência Básica () Urgência Especializada () Observação Básica () Observação Especializada

Assinatura do Técnico:

Assinatura do Médico: 05.802.494/0001-41

06/09/2017 11:00:08

TRACÃO CORRIDA SÍLVE
DE 5000
MÉDICO
RM-PE: 25760
26 ABR 2017

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

A líder

De marinha das Forças da Sida

CPG 765-321-354-53

Assunto: Atc de laboratório

Exigência de

Prel. Zado

Em atendimento a vossa diligência, venho por meio desta em permar

que na data do seu teor, qual seja, o dia 02/09/2012, sobre uma idêntica

de trânsito foi recolhida pelo meu filho Hospital local da Zona das Coas. Esta idêntica foi encaminhada para

Honra Tora Hospital de cirurgia de pais para o Personal de a Polícia de Coaracura PE.

De pais foi transmitido para o filho pelo meu em Bezerros Pernambuco onde

foi realizado todo o procedimento cirúrgico e o mesmo pelo qual não é possível

apresentar o ato idêntico de laboratório

que foi recebido por este "cancei-
trada" de saúde da mãe, o mesmo se
apresenta (obtem do entendimento
médico) do foi o mesmo e a mesma
do hospital infante e a mãe. Clo-
ra mente a "química". Principa-
o por acidente de morte e a de
contar os exames realizados
diagnósticos e a mesma médica
e médico responsável pelo
exame com a assinatura
do médico e o carimbo. Por
esta, comuniquei que não
passei a entender o documento
e caso isto se querada em
tendo a mesma, fui para
realizado onde teria para
a confirmação da validade
do aqui e de todo, e a pessoa
de ter a que tem a
médica judicial e a mesma.
Diante deste quadro
colocar também a dispo-
sível para a realização
do médico de variação pe-
tória.

Sim, mais, fêz a mesma
em 02-03-2013.
Ela é das Gatas
A mãe das Gatas Silva

05.802.494/0001-4

TRACAO CORREIO DA
DESPACHADA

26-ABR-2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PEÇUFF.PF

Protocolo: 2017-11 0218

Ortopedia

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Saúde Pernambuco	 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2 - CNES 2344254
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
Identificação do Paciente		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703405826464300		6 - SIS PRENATAL
7 - SEMA / REGULAÇÃO 362034		8 - Nº DO PACIENTE 115784
9 - NOME DO PACIENTE Maria das Graças da Silva		10 - DATA DE NASCIMENTO 08/05/69
11 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☒		12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Josefa Maria da Silva
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Rua Vinte e Nove Bispo		14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Itapecuru		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO Fratura Col. Cotovelo + exame.		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA COTOVELO		22 - CID 10 PRINCIPAL
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura		27 - COD. DO PROCEDIMENTO 04.03.02.036-9 04.03.02.007-7
28 - CLÍNICA Ortopedia	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência	30 - DOCUMENTO () CNS () CPF
31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Irui Alves CRM 3601
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/09/17		34 - ASSINATURA E CARIMBO (MÉDICO) Raymundo Francisco Bispo Médico CREMEDEB 5370
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO	38 - CNPJ DA SEGURADORA TRACAO CORRETORES	39 - Nº DO CONTRATO DE SEGURO
40 - SÉRIE DE SEGURO	41 - CNPJ DA EMPRESA 26 ABR 2015	42 - CNES DA EMPRESA 26 ABR 2015
43 - CBOE 26 ABR 2015	44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO		
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR Boa Vista
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF		48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Conferido Com Documento Original
 Original Bateria PE 03/10/17
 Hospital Jesus Pequeno
 Anna Antônia
 Assessoria Social
 CRESS 03/10/17

RECIFE-PE

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento:	473984	Data:	07/09/2017	Hora:	18:18	Recepç:	MARIA DE LOURDES SILVA		
Convênio:	SES- ORTOPEdia					Matrícula:	703405826464300		
Responsável:						Identidade:			
Médico:	DR. IRON ALVES SILVA					Cartão SUS:	703405826464300		
Paciente:	115784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA				Sexo:	FEMININO	Cor:	MORENO
Nascimento:	08/05/1969	- 48 Anos e 3 Meses				Est. Civil:			
Endereço:	RUA TOME BISPO, 198					C.P.F.	76532135453		
Bairro:	CENTRO			CEP:		Identidade:	4090263	SSP	PE
IBGE/Cidade:	2608701 LAGOA DOS GATOS			UF:	PE	Telefone:			
Pai:	CICERO JOSE DA SILVA					G. Instrução:			
Mãe:	JOSEFA MARIA DA SILVA					Ocupação:			
Nacionalidade:	BRASIL					Naturalidade:	LAGOA DOS GATOS		
Obs:	SENHA ORTOPEDIA 382034								

Queixa do Paciente:

Doi no Cotovelo

fez o laço no Cotovelo

H.D.A.:

após trauma

Exame Físico:

RX

H.D.:

FRATURA Cotovelo

Tratamento:

05.802.494/3001-43

TRACÇÃO CORRETA
DE SEGUROS LTDA

26 ABR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Bezerros, 07 de setembro de 2017

Dr. Iron Alves
CRM 3501

Assinatura e Carimbo do Médico

Contido Com Documento
Original Bezerros PE 07/09/17
Hospital Jesus Pequeno
Assinatura e Carimbo do Médico

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE
MARIA DAS GRACAS DA SILVA
CLÍNICA ORTOPÉDICA

NÚMERO DO REGISTRO
115784

CIRURGIÃO
RONALDO EVANGELISTA

ANESTESIA

BLOQUEIO

ANESTESISTA
DR. ALISSON

DATA DA OPERAÇÃO

08/09/2017

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO

FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

OPERAÇÃO PROPOSTA

NEUROLISE DO INTEROSSEO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CABEÇA DO RADIO ESQUERDO

OPERAÇÃO REALIZADA

A PROPOSTA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. ISQUEMIA PRÉVIA COM FAIXA DE ESMARCH
2. ASEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO
3. INCISÃO NA FACE ANTERO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO
4. ABERTURA DA APONEUROSE
5. DILATAÇÃO POR PLANOS
6. NEUROLISE DO INTEROSSEO
7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 01 PARAFUSO DE HEBERT
8. OBSERVAÇÃO BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
9. FECHAMENTO POR PLANOS
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE FAIXA DE ESMARCH

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SUGLIPIOS LTDA

26 ABR. 2017

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

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 03/10/17
Hospital Jesus Requejino

Anelina Costa
Assistente Social
CRESPPE 4.471

PREFETURA MUNICIPAL DA LAGOA DOS GATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DATA: 09/09/17 HORA: 13:44 REGISTRO: 243.180
NOME: Maria das Graças da Silva
IDADE: 47 anos DATA DE NASCIMENTO: 08/05/69 SEXO: F
ENDEREÇO: R. José Tomé 1300
NATURALIDADE: Lagoa dos Gatos PROFISSÃO: agricultora COR: P
RESPONSÁVEL: A mesma IDENTIDADE: _____
PARTIÇÃO DO SUS: _____ FILIAÇÃO: _____
PESO: _____ PA: 120x80 TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ EC: _____ FR: _____
QUEIXA PRINCIPAL: HGT-198
DADOS CLÍNICOS: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

EXAME SOLICITADO:

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ INTERNADO PARA OBSERVAÇÃO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ ALTA PEDIDO

☐ LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA

☐ TRANSFERIDO PARA OUTRA CIDADE

☐ ÓBITO

João Bosco de Albuquerque
MÉDICO
CREMEPE: 20.161

05.802.494/0001-41
TRATAMENTO
DE SECURITADA

26 ABR. 2019

TRANSFERIDO PARA:

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Contratórias do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454415/17

Vítima: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

CPF: 765.321.354-53

Data do Acidente: 02/09/2017

Titular do CPF: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2018

Nome: PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

CPF: 121.611.574-50

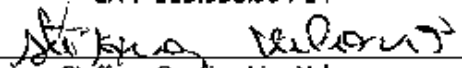
PAULO RICARDO GOMES DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2018

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

317/629068

S/S An 7160

Jonas

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS GRACAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06993-0

CONTA: 000001000405-5

Nr. Autenticação

BRDESCO2405201805000000000023706993000001000405253125 PAGO