



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**

Data Nascimento: 19/07/1983 Idade: 34 Anos, 9 Meses e 6 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01103276

Prontuário: 00215958

Senha N.º: **0141**

Data e Hora: 18/04/2018 16:07h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU, RELATA DOR EM MSE.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM+HAS

DOC: RG

AFERIÇÃO:

Peso:

P.A Sistólica: PAS: 140 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

Altura:

P.A Diastólica: PAD: 80 MMHG

HGT:

Temperatura:

Freq. Cardíaca: FC: 78 BPM

QPD / HDA:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame Físico:

DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO

Exames complementares:

RX

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

HD:

FRATURA DE COTOVELO E UMEROS PROXIMAL

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

Conduta:

MEDICADO + ORIENTADO + ENCAMINHADO AO HRA

Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **JACKSON JOSE FLORENCIO JUNIOR**
CRM - 18573



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Data Nasc.: 19/07/1983

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Prontuário: 317153

CPF:

RG:

CNS: 700606933277588

Religião:

Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE

Bairro: MAURICIO DE NASSAU

Cidade: CARUARU

Nº: 5

CEP: 55024000

Fone: 98279944

Profissão: VIGILANTE

Estado: PE

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

0206030029 19/04

Queixa Principal / HDA:

QTD cotovelo 27

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Rx cotovelo
05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ETC
31/07/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Rua Vista - CEP: 50.060-010
Dieta: RECIFE-PE

Dr. Paulo Larre
Cirurgião de Joelho
CRM 9676
CPF 921.385.344-34

Prescrição:

Data

Horário

Paracetamol

Dr. Adriano Rodrigues
Ortopedia
CRM 9676
CPF 921.385.344-34

18-08-2018



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA

62
HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
Data Nasc.: 19/07/1983 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700606933277568
Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE Nº: 5
Bairro: MAURICIO DE NASSAU Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 98279944 Profissão: VIGILANTE
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: DOR NOS MEMBRO SUPERIORES
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 24/04/2018 23:21 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Hicam enviado de volta do hospital
de Recife, Hosp. Jus. Pequeno, nas
também realizou procedimento.
Também ocorreu na 08 dias

Exame Físico:

Sem 1 membro
Sem déficit neurológico

Diag. Provisório:

Lesões graves do cotovelo
Frente do cotovelo

Reinternado paciente por
procedimento em 08

Prescrição:

Dieta:

Data

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bl. C
Boa Vista - CEP: 55060-010
RECIFE-PE

Dr. Bruno da Costa Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5279 PE
CRM: 17902 PE

Horário



SL 3

Sistema
Único de
Saúde Ministério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Alexandre de S.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

37153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010161016191313121417151618

19/07/83

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

m. Dr. Dora A. Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São José da Ig., 5 B. Município de Jussara

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caramuru

17 - COD. DE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

2604100

PE 55014000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente v. de f. com contusões no abd. no os. de

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

Trauma de cotovelo (E) Lesão ligamentar

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rachado

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 MAR 2019

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma de cotovelo D

24 - CID 10 PRINCIPAL

T02.8

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Boa Vista - CEP 50.000-000

REC-01

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0190180100019

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0210710047

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Bruno de Castro

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

27/07/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAÍDO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CNIR

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Est. F. da Silva

MÉDICO

CRM - 7751

CPF 148.360.534-30

261810398883-0

Paciente: JAMILSON ANTONIO DA SILVA

Enfermaria/Leito: 1163

Registro: 318889

EVOLUÇÃO CLÍNICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 08.06.18 Hora: 07:00

HD: Fx EXPERTA TIBIA DIR

EM USO DE: ☒ Sintomáticos ☒ Antimicrobianos/Outros

(DO: / / hoje D)	(DO: / / hoje D)
(DO: / / hoje D)	(DO: / / hoje D)

D.E.: ΔPAS: 120 mmHg

ΔPAD: 80 mmHg

ΔHGT: --- mg/dl

ΔT: --- °C

DADOS ADICIONAIS: ☒ Vide Admissão.

Q.P.D / H.D.A:

Antecedentes Pessoais: ☒ Nega: comorbidades / cirurgias ortopédicas prévias / alergias / medicações prévias.

() HAS () DM () Neoplasias () Cardiopatias () Pneumopatia
() Hepatopatias () Nefropatias () Tireoidopatias () Doença psiquiátrica Outros
() Cirurgias ortopédicas prévias: Alergias: () Não () Sim
Medicações em uso prévio:

PACIENTE EVOLUI:

Com Queixa(s): ☒ Não () Sim

Apresenta melhora clínica do quadro: () Não

Nega demais queixas.

☒ Diurese ☒ Flatos

☒ Evacuações

☒ Aceita Dieta, via VO
☒ Deambulação

AO EXAME FÍSICO:

EGR: consciente, orientado(a), corado(a), hidratado(a), anictérico(a), acianótico(a), afebril ao toque, eupneico(a).

SNG: ECG: 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, nuca livre

ACV: RCR2T BNF S/S, FC: normal

AR: MV+ em AHT S/RA, FR: normal

ABD: RHA+, percussão normal, depressível, indolor, s/VMG

EXT: Profundidade, pulsos + e simétricos, panturrilhas livres

Exame Ortopédico:

() Novas alterações: ☒ Permanece como anteriormente, sem novas alterações

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ Sem exames resentes.

Data: / /	
Data: / /	
Data: / /	
Data: / /	
Data: / /	

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

CONDUTA:

1- Manter vigilância clínica.

2- Fornecer ao paciente/acompanhante orientações e explico prognóstico e risco(s) da comorbidade (ver hipótese diagnóstica), como também, de suas respectivas condutas terapêuticas.

3- Reforço que todos os procedimentos foram explicados e realizados com consentimento do paciente ou acompanhante responsável.

4- Estimulo deambulação com acompanhante (dentro de suas limitações) e/ou mudança de decúbito.

5- Deixo prescrição (em anexo)

6- Aguardo exames: ☒ Não

() Faço nova prescrição / Realizo alterações.

7- Solicito exames: ☒ Não

() Sim

8- Solicito parecer: ☒ Não

() Sim

9- Necessita de declaração de acompanhante:

☒ Não

() Sim, forneço para:

10- Alta Hospitalar:

☒ Não, permanece internado para continuidade terapêutica

() Sim, Fornego

Resumo de Alta + Prescrição domiciliar + Orientações + Atestado Médico + Recomendo manter acompanhamento ambulatorial.

Assinatura

[Assinatura]
08 JUN 2018

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Nº Registro: 275692

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. LEONARDO CANEJO

1º Assistente: DR. ALEX ROCHA R3

2º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R1

Instrumentador: GUSTAVO

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Duração:

Data da Operação: 11/06/2018

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. INSTALADO GARROTE COM MSE
3. ANTISSEPSIA, ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE KOCHER + RETIRADA DE FRAGMENTOS DE CABEÇA DE RÁDIO + REGULARIZAÇÃO DO RÁDIO + LIMPEZA + APOSICIONADO CIMENTO ORTOPEDICO (01 DOSE), INSTALADO PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO
5. REALIZADO REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL LATERAL DO COTOVELO DIREITO
6. REALIZADO TESTES DE ESTABILIZAÇÃO COM RESULTADO SATISFATÓRIO
7. LAVAGEM COM SFO,9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. RETIRADO GARROTE EM MSE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL DISTAL
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

Dr. Felipe Thiago V. de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.263 / ORA-PA 32.912



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HPA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Waldemir da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

317153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

101610619313121715168

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/07/1983

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

M - Dona da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

11

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua J. J. da Silva, 05 B M de Parna

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

55011-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno da prótese de cabeça de rádio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção da prótese de cabeça de rádio

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Manutenção + RX + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno da prótese de cabeça de rádio

24 - CID 10 PRINCIPAL

15521

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Implante de prótese de cabeça de rádio esquerda

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040810104115

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

ICNS

ICPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/10/18

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 -) ACIDENTE TRABALHO TIPO

38 -) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

05.802.494/0001-41

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. J. J. da Silva

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

PE

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810398716-9

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

ICNS

ICPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

261810398716-9

FICHA DE ANESTESIA

N 184973

NOME	Adriano Alexandre da Silva		IMPLANTADO	377153	CATEGORIA	205
HOSPITAL	H. R. A		SEXO	M	IDADE	34
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura de costela		HORARIO	15:30	DATA	11/06/18
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			HEMO	RA	FC	RESPONSAO ASA
OPERACAO PROPOSTA	Herniorrafia		NA	X	SPM	RPM
OPERACAO REALIZADA	O Merno		CODIGO CIRURGIA		PORTE	
			3071562-05100			

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

RECIFE-PE

AGENTES	CONC	QUANTIDADE	TECNICAS ANESTESICAS
Enferm. S. A.	TI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. M. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. J. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. K. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. L. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. M. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. N. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. O. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. P. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. Q. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. R. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. S. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. T. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. U. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. V. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. W. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. X. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. Y. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
Enferm. Z. A.	LI	2	Pre-anestesia, indução, manutenção, recuperação
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO			DURAÇÃO DA ANESTESIA
1h 30m			1h 30m
<input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO <input type="checkbox"/> CARIÓGRAFO <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> IL VERBAL <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> PNE <input type="checkbox"/> MONITOR DO PRATIZO CENITAL			<input type="checkbox"/> ANESTESICO <input type="checkbox"/> DEXTRO <input type="checkbox"/> ANESTESICO <input type="checkbox"/> DEXTRO <input type="checkbox"/> ANESTESICO <input type="checkbox"/> DEXTRO
MÉDICO			

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Roberto Almeida da SilvaProntuário: 317153Data: 13 / 06 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de colúmbio de nível agudo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sob supervisão de Dr. Leonardo
Campo. Orientado sobre os cuidados
Retorno ao ambulatório de Ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE

Alta Hospitalar: Data: 13 / 06 / 18

Hora: _____

HRA

Data: 30-07-18Hora: 7 horasDr. Dr. AurelioAss. do Médico e CRM
Carimbo

O.E.: M260190001

ESFERA: PRIVADO

PAG: 3

Num AIIH: 261810541120-7

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INITIAL

APRESENTAÇÃO: 09/2018

DATA: 28/09/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260190001

CRC: 048508206F

Data Autorização: 20/04/2018

Doc autorizador: 950018003872395

Doc med resp: 20432238720003

Doc diretor clínico: 20432238720003

Doc médico solicit: 100812953070003

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70080663327766-8

Paciente: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Prontuário: 119059

Data Nasc.: 19/07/1963 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 8322787

Responsável pac.: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Nome de Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE 5 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU

Raza/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NÃO SE APLICA

Município: 280410 - CARUARU

UF: PE CEP: 58024-000

Telefone: (09)0344-51875 Muda Proc.7: NÃO

Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Diag. principal: 9521-FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Complementar:

Diag. secundário:

Caráter atendimento: 01 - ELETIVO

Causa Óbito:

Data internação: 20/04/2018

Data saída: 24/04/2018

Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Modalidade: HOSPITALAR

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidentes ou Violência)]

AIIH Anterior:

AIIH Posterior:

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CSOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CRO	CNES/CNPJ	Autor	Valor	Nº	Qtd	Cms	Descrição
1	0408020360	980018003798055	225270(1)			2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
2	0408020360	204322571060018	225151(8)	2344254		2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
3	0415040035	980018003798055	225270(1)			2344254		1	04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
4	0415040035	204322571060018	225151(8)	2344254		2344254		1	04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
5	0802010018			2344254		2344254		4	04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
6	0401010015	9800180284863344	223505			2344254		5	04/2018	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

Cód Características

Descrição

V390 PREEXISTENTE

MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NÃO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:

*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995: Seção I, p. 12980, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 18/04/18
Hospital Jesus Pequeninino

Ana Amorim
Téc. Saúde Social
CRP 4.471

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NUMERO 8.322.787 DATA DE EMISSÃO 21/05/2007

<< ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA >>

TELEFONE << JOSÉ ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO >>
<< MARIA DAS DORES DA SILVA >>

DATA DE NASCIMENTO 19/07/1983

RECIFE - PE

<< CN.40963 L.28A F.281V CART.DIST.
SÃO JOSE RECIFE-PE 22.09.1983 >>

CPF 314.046.598-03

Assinatura

ESTADO DE SANTA CATARINA

F-24 54.651 - 4322

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 MIT 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SANTA CATARINA 01R-04

IDENTIDADE

Assinatura

CARTÃO DE IDENTIDADE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Dóres da Silva,

RG nº 2.178.346, data de expedição 21/09/2017

Órgão SDS-PE portador do CPF nº 095.164.408-97, com domicílio na cidade de Caruari, no Estado de

Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Manoel Teotônio 3. (Indiamópolis), nº 65,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Adriano Alexandru da Silva cujo o condutor era

Adriano Alexandru da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Brio 125

Ano: 2012

Placa: PFT 7491

Chassi: 9C2YC4820DR303697

Data do Acidente: 18 de abril 2018

Local e Data: 19 OUT. 2018



Maria das Dóres da Silva

Assinatura do Declarante

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

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
R. dos Expedientes, 102 - Nova Serrinha das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55022-400 Fone: (081) 3702-4733 - Fax: (081) 3702-2110

Reconheço por autenticidade a firma de **MARIA DAS DORES DA SILVA**; dou fé.
Selo: 0073718.LRO1020180209105
Caruaru/PE, 19/10/2018 14:36:07. Em test^o da verdade.
Maria das Dóres da Silva
NEIDE MARTA DOS SANTOS - Substituta
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 - 27

Cartório do 3º Oficial
Jessica
Caruaru - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

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



CNPJ 09.769.035/0001
INSC. EST. Nº 18.1.001.1

ATENÇÃO: RUA FLOREANA, 100 - 00152 - JARDIM DE N. S. DO CARIMBU, PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 105257672 506/2018
JOSILENE FERRIRA MACEDO
R. ANTERIOR NAV. RRO, II. 00729 - PETROPOLIS CARUARU PE 55032-2
10
INSCRIÇÃO: 041.971.170.0205, 001 GRUPO: 10 DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE RESIDÊNCIAS	PÚBLICA
LIGADO	EFACTIVEL	1	CONSUMO INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/B)	
A138833778	12/09/2018	11/10/2018	MÉDIA HD	

ÁGUA:
LEIT. ANT: 263 CONSUMO: 7
LEIT. ATU: RECORRENCIA TAXA M
LEIT. FAT: 273

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE ANÁLISES			
			EXIG. PORT. MS 2.918/11	ANÁLISES REALIZ.	ATEND. A LEGIS.	
08/2018	07					
07/2018	06	TURBIDEZ	166	169	169	
06/2018	06	COR APARENTE	166	169	169	
05/2018	06	CLORO RESIDUAL	166	169	169	
04/2018	06	COLIF. TOTAIS	166	169	169	
03/2018	11	E. COLI	166	169	169	

MÉDIA: 07 Qualidade da Água: www.compesa.com.br

DEB: (1) CONDIÇÕES TOTAIS APRESENTA 95% DAS ANÁLISES EXATIDINHAS
(2) OS PARÂMETROS CONDIÇÕES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 MS	41,30

EMPRESA	NOME DO CLIENTE	PERCENTUAL (%)	VALOR COBRADO
PS	41,30	1,65	0,68
CPM	41,30	7,60	3,14

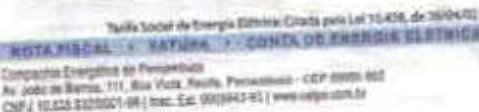
VENCIMENTO: 27/10/2018 TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

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



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO JOSÉ DA LAGE 555

MALAYSIAN DE HASSALICAPIMARU
CARUARU DE
5500-000

CÓDIGO CONTRATO	7001897502	MESAJES	10/2018
DATA DE VENCIMENTO	28/10/2018	DATA DE INSCRIÇÃO PROVA	21/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)			21.00

Nº DA FOLHA PAGAL	SERIE	EMISSÃO
026287746	LINCA	29/10/2018
Nº DO CONTRATO	Nº DO SUBSISTENTE	Nº DO AUTOMÁTICO
20-100018	20-1000788	000379

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alcatel W74	30,00000000	0,54114951	16,23
Atenuação Sinaliza VCRM0114			1,58
Multa por atraso NF 026851234 - 20/03/18			0,38
Multa por atraso NF 026856802 - 21/03/18			0,37
Multa por atraso NF 023485125 - 18/03/18			0,36
Juros por atraso NF 026856802 - 21/03/18			0,13
Juros por atraso NF 026851234 - 20/03/18			0,86
Juros por atraso NF 023485125 - 18/03/18			0,12
Juros por atraso NF 026856802 - 21/03/18			0,67
Atualização ICPIA NF 026856802 - 21/03/18			0,53
Atualização ICPIA NF 026851234 - 20/03/18			0,20
Atualização ICPIA NF 023485125 - 18/03/18			

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ÁGUA FISCAL					
UF DO MUNICÍPIO	TIPO DA FATURA	PERÍODO INÍCIO	PERÍODO FIM	QUANTIDADE CONSUMIDA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL
SP	01	01/01/2019	31/12/2019	1.124,00	R\$ 1,12	R\$ 1.258,88	R\$ 1.258,88

[illegible][illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 ביחוד דווח

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

COTAÇÃO DE PREÇOS POR DETALHAMENTO					TOTAL DA PRESTAÇÃO		
ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	COTAÇÃO	VALOR DA PRESTAÇÃO (R\$)	
						IMPOSTO	ALÍQUOTA
001	1,00	kg	1,10	1,10	220	220	220
002	1,00	kg	1,10	1,10			
003	1,00	kg	1,10	1,10			
Total COTAÇÃO: 3,30					Total da Prestação: 660,00		

Nota: COTAÇÃO DE PREÇOS POR DETALHAMENTO - 19/08/2018

CONTA CONTRATO: 700189/802

MÊS: 10/2018

DATA DO VENCIMENTO: 26/10/2018

TOTAL A PAGAR (R\$): 21,03



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA CPF-314.046.698-03 e RG-8.322.787 SDS/PE**, que consta nos registros de ocorrências Nº1804180261 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 18/04/18 às 13h e 05min, no endereço **VIADUTO DO JOÃO MOTA, CARUARU/PE**, com queixa de **ACIDENTE DE MOTO** tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o UPA/PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Julho de 2018


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2018

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

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 12/07/2018

Adriano Alexandre da Silva

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **314.046.598.03** Nome completo da vítima: **Adriano Alexandre da Silva**

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

Nome completo: **Adriano Alexandre da Silva** CPF: **314.046.598.03**
Profissão: **vigilante** Endereço: **Rua Sarfati da Baixa** Número: **666** Complemento: **195A**
Bairro: **Maurício de Nassau** Cidade: **Caruaru** Estado: **PE** CEP: **55000000**
E-mail: **mscedo8F43@gmail.com** Tel. (DDD): **(81) 99907.3180**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para as contas abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3036** CONTA: **00030138** **6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para comprovar a 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 30 (trinta) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Caruaru 22/10/2018**

Nome: **Adriano Alexandre da Silva**

CPF: **314.046.598.03**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano Alexandre da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Josefina Pereira Ferreira**

CPF: **54097460404**

Josefina Pereira Ferreira

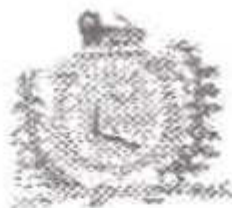
Assinatura

2ª Nome: **Josefina Ferreira Maciel**

CPF: **540974834-34**

Josefina Ferreira Maciel

Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90°
CIRCUNSCRICAO CARURU



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2106000664**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/10/2018 às 10:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/4/2018 às 12:50

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE CARUARU, 1. VIADUTO DO JOÃO MOTA, - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS DORES DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

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

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

ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: JOSE ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 19/7/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8322787/SDS/PE (RG), 31404659603 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: 8197974700

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA SÃO JOSE DA LAJE, 666, PERTO DA OFICINA DE CARRO - CEP: 0 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DAS DORES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA AMÉLIA DA SILVA Pai: JOSÉ VICENTE DA SILVA Data de Nascimento: 24/1/1960 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2178346/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Telefones

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90
CIRCUNSCRICAO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2106000664**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/10/2018** às
10:33

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 18/4/2018 às 12:50

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, VIADUTO DO JOÃO**
MOTA, - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA DAS DORES DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**

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

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

ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS
DORES DA SILVA Pai: JOSE ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 19/7/1983
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8322787/SDS/PE (RG), 31404659803
(CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones
Celulares:
- 8197974700

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA SÃO JOSE DA LAJE, 666, PERTO DA
OFICINA DE CARRO - CEP: 0 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

MARIA DAS DORES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: QUITERIA
AMÉLIA DA SILVA Pai: JOSÉ VICENTE DA SILVA Data de Nascimento: 24/1/1960 Naturalidade: QUIPAPA
/ PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2178346/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Telefones

Celulares:

- 8197629644

Endereço Residência: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL TEOTÔNIO, 65, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA - CEP: 0 - Bairro: INDIANÓPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA DAS DORES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/BZ125 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFT7491 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 490694896 Chassi: 9C2JC4826DR303697
Combustível: ALCO/GASOL

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DESTA PLANTÃO A PESSOA DA VÍTIMA ONDE NARROU QUE NO DIA E HORÁRIO DO FATO ESTAVA SE DIRIGINDO AO SEU LOCAL DE TRABALHO CONDUZINDO A MOTOCICLETA E indo na VIA LOCAL DA BR 104, LOCAL CONHECIDO COMO VIADUTO DO JOÃO MOTA E NAQUELE INSTANTE O SEMÁFORO ESTAVA VERDE, OU SEJA, ABERTO NO SENTIDO QUE A VÍTIMA ESTAVA E CRUZANDO A VIA ESTAVA OUTRA MOTOCICLETA COM REBOQUE CRUZANDO A DITA FAIXA E A VÍTIMA COLIDIU COM AQUELE VEÍCULO ATINGINDO PRINCIPALMENTE O REBOQUE O QUE FEZ A VÍTIMA IR AO SOLO ENTÃO POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DO SAMU QUE MOMENTOS DEPOIS CHEGOU AO LOCAL E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS CONDUZINDO A VÍTIMA À UPA 24 HORAS ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 00215958 E DESTA FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 3171583, ONDE FICOU POR POUCOS DIAS E FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERRAS PARA LA SER CIRURGIADO PORÉM POR MOTIVOS DESCONHECIDOS DA VÍTIMA ESSE PROCEDIMENTO NÃO FOI REALIZADO, E RETORNOU PARA O HRA ONDE QUASE DOIS MESES FOI CIRURGIADO NESTA ÚLTIMA UNIDADE HOSPITALAR.

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

Adriano Alexandre da Silva
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE BEBEIRO SOARES - Matrícula: 381004-5

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 NOV 2014

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 314.046.598.03 Nome completo da vítima: Adriano Alexandre da Silva

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

Nome completo: Adriano Alexandre da Silva CPF: 314.046.598.03
Profissão: Vigilante Endereço: Rua São João do Baixo Número: 666 Complemento: CASA
Bairro: Maurício de Nassau Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55000000
E-mail: marcelo8f43@gmail.com Tel. (DDD): (81) 99907.7180

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3036 CONTA: 00010138 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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 30 (trinta) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Caruaru 20/10/2018
Nome: Adriano Alexandre da Silva
CPF: 314.046.598.03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano Alexandre da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Josefina Pereira Ferreira
CPF: 54097460404
Josefina Pereira Ferreira
Assinatura

2ª Nome: Josefina Ferreira Macedo
CPF: 540974834-34
Josefina Ferreira Macedo
Assinatura



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAPITAL DO FORRO

DATA: 22/10/2018

TERMINAL: 30101018

HORA: 09:04:26

CONTROLE: 301010180076

AGENCIA: 9016 - CAPITAL DO FORRO

CONTA: 013.00010138-B

CLIENTE: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
17/10	0,05

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
23/09	0,44
02/10	0,47

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			0,500
----------------	--	--	-------

Setembro

23/09	000000	REM BASICA	0,000
-------	--------	------------	-------

Outubro

02/10	015400	CRED INSS	1.044,470
02/10	020010	SAQUE ATM	1.044,000
05/10	051510	DP DIN LOT	150,000
08/10	061154	SAQUE ATM	150,000
17/10	000000	REM BASICA	0,000

RESUMO EM 19/10
SALDO

0,970

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00
0,970
0,970

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180515686**
Vitima: **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**
Data do Acidente: **18/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSILENE FERREIRA MACEDO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180515686**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

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

Carta nº 13550621



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180515686**

Vitima: **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**

Data do Acidente: **18/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSILENE FERREIRA MACEDO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180515686**.

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 13549084



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: 00/00/0000

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000010138-6

Nr. da Autenticação E7E8741DD90106A9

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399314/18

Vítima: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 314.046.598-03

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 18/04/2018

Titular do CPF: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO : 540.974.874-34

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

ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA : 314.046.598-03

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: 31/10/2018
Nome: JOSILENE FERREIRA MACEDO
CPF: 540.974.874-34

JOSILENE FERREIRA MACEDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180515686 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA **Data do acidente:** 18/04/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO À ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/INSTALAÇÃO DE PRÓTESE.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Adriano Alexandre da Silva.
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Vigilante IDENTIDADE: 8.322787 SSP PE
CPF: 314.046.598.03 CNH: _____
ENDEREÇO: Rua São João da Boa N. 666
BAIRRO: Mauá I N. 1.111 CIDADE: Caruaru.
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.
CPF: 540-974-874-34. CNH: _____
ENDEREÇO: RUA ANTONOR NAVARRO N - 729
BAIRRO: PETROPOLIS. CIDADE: CARUARU. ESTADO: PERNAMBUCO.

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a SEGURADORAS, referente ao SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Caruaru

19/11/2018

LOCAL E DATA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/11/2018

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

RECIFE-PE

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

Adriano Alexandre da Silva

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. ORRINO TOIGRO

Reconheço por autenticidade a firma de ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA; dou fé.

Selo: 0073718.SND10201802.09102

Caruaru/PE, 19/10/2018 14:31:49. Em test. da verdade.

NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op. 27

OR AUTENTICIDADE)



Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 B1
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



ATELORHINITE - RUA F. CAJECA - 1401 - 00152 - MAURICIO DE NO
 ALI CARVALH PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 103257672 Set-2018

ROSILINE FERREIRA MACEDO

R. ANTENOR HAY, BRO., H. 584739 - PETROPOULIS, CARLINA (H. 554352)

10
DISCricao: 041.971.130-0305-080 GRUPO: 16 ORG. AUTOMATICO: 005757077

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS DOMÉSTICA INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A138815778	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018	TIPO DE CONSUMO (A/B) MÉDIA HD

AGUA:

LEIT ANT: 263

CONSIGLIO: 7

LEIT ATU

RECORRENIA TAXA M

LEIT FAT: 279

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

REFERENCIA CORONADO	PARAMETROS	MUESTRO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDIDA A LEGIS.
06/2014	07			
07/2014	06			
06/2014	06			
06/2014	06			
04/2014	06			
05/2014	11			

MEDIA:

Qualidade de Água: mm, campo vis, com br

Obs.: (1) COEFICIENTES TOTAIS ALPERCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COEFICIENTES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESÍDUO SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRICHION DE LOS SERVICIOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	7.183	42.30

ITEMIZADO	NOME DO FUNDADO	PERCENTUAL (%)	SALDO DO FUNDADO
PIR	41,30	1,65	0,68
GRUPPO	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 27/10/2018

TOTAL A PAGAR: 41.30

MESSAGE:



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 MAY 2019

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