

## 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 CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

### HD:

FRATURA DE COTOVELO E UMERO PROXIMAL

### Conduta:

MEDICADO + ORIENTADO + ENCAMINHADO AO HRA

31 OUT 2019  
Rua da Amora, N° 175, SL 902 Bl. C  
Bos Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

### Evolução:

Ass. do Médico

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



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

ORT  
HRA  
HOJEMEDEIO VALOR AGRADECIDO

Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Atendimento: 407013

Prontuário: 317153

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

Estado: PE

CEP: 55024000

Fone: 98279944

Cidade: CARUARU

Profissão: VIGILANTE

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

0206030029 19/04

Queixa Principal / HDA:

2x12 cotovelo esq.

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Diag. Provisório:

PT LO FRV 05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS CTDA  
31/01/2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Dr. Paulo Lerre  
Cirurgião de Joelho  
CRM: 38676  
CPG: 1.385.344-34

Prescrição:

Dieta: RECEFE/PE

Data

Horário

Colacito JE

Dr. Adriano Ribeiro  
Ortopedista  
CRM-PE-00017  
12-00 2018



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA  
 Atendimento: 406682  
 Prontuário: 317153  
 Data Nasc.: 19/07/1983 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS: 700606933277568  
 Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE  
 Bairro: MAURICIO DE NASSAU Cidade: CARUARU Nº: 5  
 CEP: 55024000 Fone: 98279944 Estado: PE  
 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

Quelxa Principal / HDA:

Paciente envia de volta do corpo de  
 de Região Thoraco Peculiar na  
 Tórax subnormalizado passado  
 Tórax ósseo na osso

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Sos vulner  
 Com ósseo parcial

Diag. Provisório:

Lesões ósseas do cotovelo  
 Fratura do cotovelo

Reinternar paciente para  
 processamento e u f

Prescrição:

Dieta: \_\_\_\_\_

Data

Horário

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

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

31/04/2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 002 Bl. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RELIEF-PI



Paciente: JANILYON/ANTONIO DA SILVA Enfermaria/Leito: 1163 Registro: 31889

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

## # ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA #

Data: 08/01/18, Hora: 07:00HD: Fr ORTOPA TIBIA DIREM USO DE:  SintomáticosCEFAZOLINA Antimicrobianos/Outros01/01/18

(DD: / /, hoje D: )

/ /

(DD: / /, hoje D: )

/ /

(DD: / /, hoje D: )

D.E: ΔPAS: 120 mmHg ΔPAD: 80 mmHg ΔHGT: — mg/dl ΔT: — °CDADOS ADMISSIONAIS:  Vide Admissão.

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

Antecedentes Pessoais:  Nega: comorbidades / cirurgias ortopédicas prévias / alergias / medicações prévias. JHAS DM Hepatopatias Nefropatias Cirurgias ortopédicas prévias: \_\_\_\_\_ Neoplasias Tireoidopatias Cardiopatias Doença psiquiátrica Alergias:  Não Pneumopatias Outros Sim

Medicações em uso prévio: \_\_\_\_\_

## PACIENTE EVOLUI:

Com Queixa(s):  Não  Sim \_\_\_\_\_ Nega demais queixas.Apresenta melhora clínica do quadro:  Não  Sim  Aceita Dieta, via voDefeite  Fúrese  Flatos  Evacuações  Deambulação \_\_\_\_\_

## AO EXAME FÍSICO:

EGR: consciente, orientado(a), corado(a), hidratado(a), anictérico(a), acalótico(a), afibril ao toque, eupneico(a).

SNC: ECG: 15, pupilas isocônicas e fotorreativas, nuca livre.

 Sim  Não, alterações

ACV: RCR2T BNF S/S, FC: normal.

 Sim  Não, alterações

AR: MV+ em AHT S/R, FR: normal.

 Sim  Não, alterações

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

 Sim  Não, alterações

EXT: Perfundidas, pulsos + e simétricos, panturrilhas livres.

 Sim  Não, alteraçõesExame Ortopédico:  Permanece como anteriormente, sem novas alterações. Sim  Não, alterações Novas alterações: \_\_\_\_\_EXAMES COMPLEMENTARES:  Sem exames resistentes.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31-FNT-2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

## CONDUTA:

1- Manterão vigilância clínica.

2- Fornecço ao paciente/acompanhante orientações e explícito prognóstico e risco(s) da comorbidade (seja náusea 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- Estímulo deambulação com acompanhante (dentro de suas limitações) e/ou mudança de decúbito.

5- Devo prescrição (em anexo)

Mantenho anterior  Faço nova prescrição / Realizo alterações.6-Aguardo exames:  Não  Sim \_\_\_\_\_7-Solicito exames:  Não  Sim \_\_\_\_\_8- Solicito parecer:  Não  Sim \_\_\_\_\_9- Necessita de declaração de acompanhante:  Não  Sim, fornecço para: \_\_\_\_\_10-Alta Hospitalar:  Não, permanece internado para continuidade terapêutica  Sim, Fornecço

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

Assinatura: 2.11.2018 / 08/01/18 / 08/01/18

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Alvaro Pineda Alvarado, M. Sabor REGISTRO N° 33715

SALA CIRÚRGICA N° 08 DATA 11/03/2013

CIRURGIA: en face telangiectasia CIRURGÃO: Walter Reutter - FRCR

ANESTESIA: Planned + 20% ANESTESIOLOGISTA: W. J. L. de G. P. M.

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	UNIT.	TOTAL	UNIT.	TOTAL
1	Oxigênio		1	Aguilha Descartável		
1	Água Destilada			Aguilha para Pendura		
1	Atropina			Aguilha para Raqui		
	Bupivacaína			Alindura Gessada		
1	Cefazolina 1g		1	Alindura Crepom		
	Clonidina			Cateter para Oxigênio		
	Dexametasona 4mg			Cateter para Venopuncção		
	Diclofenaco			Coletor de Urina Aberto		
1	Dipirona			Coletor de Urina Fechado		
	Etilafrina			Dreno		
	Glicose 50%			Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína			Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			Equipo para Soro		
	Neostamina			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina			Fio Gut Gut Simples		
	Ranitidina			Fio de Aço		
	Ringer co Lactato			Fio de Algodão		
1	Soro Fisiológico			Fio de Nylon		
	Soro Glicosado			Fio de Polipropileno		
	Succinato de Etilrial		1	Gase 7,5x7,5		
1	Tenoxicán		1	Lâmina de Bisturi		
			1	Luvas Estéreis 7,0		
			1	Luvas Estéreis 7,5		
			1	Luvas Estéreis 8,0		
			1	Seringa 5ml		
			1	Seringa 10ml		
			1	Seringa 20ml		
				TRAÇÃO CORRETORA		
				DE SEGUROS LTDA		
				3-1-AUT-2019		
				Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C		
				Boa Vista - CEP: 50.060-010		
				RECIFE-PE		
SUBTOTAL			SUBTOTAL			
			TOTAL			

Observação: No caso de setor utilizados outros itens especifiquem.

### Espírito Santo

## 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

## DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

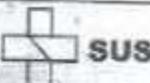
1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. INSTALADO GARROTE COM MSE
3. ANTISSEPSIA, ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE KOCHER + RETIRADA DE FRAGMENTOS DE CABEÇA DE RÁDIO + REGULARIZAÇÃO DO RÁDIO + LIMPEZA + APOSIÇÃO DE CIMENTO ORTOPÉDICO (01 DOSE), INSTALADO PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO
5. REALIZADO 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

31/06/2019

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

Dr. Felipe Diogo V. de Carvalho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PE 25.263 / CRM-BA 32.912  
 02/



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 - CHES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ismael Mendes da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

317153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101606193131917171568

8 - DATA DE Nascimento

19/07/83

9 - SEXO

Male

10 - RACIAÇÃO

3

11 - NOME DA MAE

Maria das Graças da Silva

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

11

13 - ENDERECO (RUA, N. BARRA)

R. 38 José da Cope, 05 B m Bl. Prazeres

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Guararapes

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

56410-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trânsito de protetor de abra do rádio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Neurólise de tto compro de protetor de abra do rádio

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

Normal + Re + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trânsito de abra do rádio

24 - CID 10 PRINCIPAL

15521

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervent. de protetor de abra do rádio

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04100630918

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

IONIS

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

CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/10/118

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

INVESTIDOR

INVESTIMENTO

&lt;p



COOPERATIVA DOS MÉDICOS  
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

N 184973

VALOR

NAME Adriano Alexandre da Silveira  
HOSPITAL H. R. A

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de colo de t

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

Hernia

OPERAÇÃO PROPOSTA

Hernia de Gravida

OPERAÇÃO REALIZADA

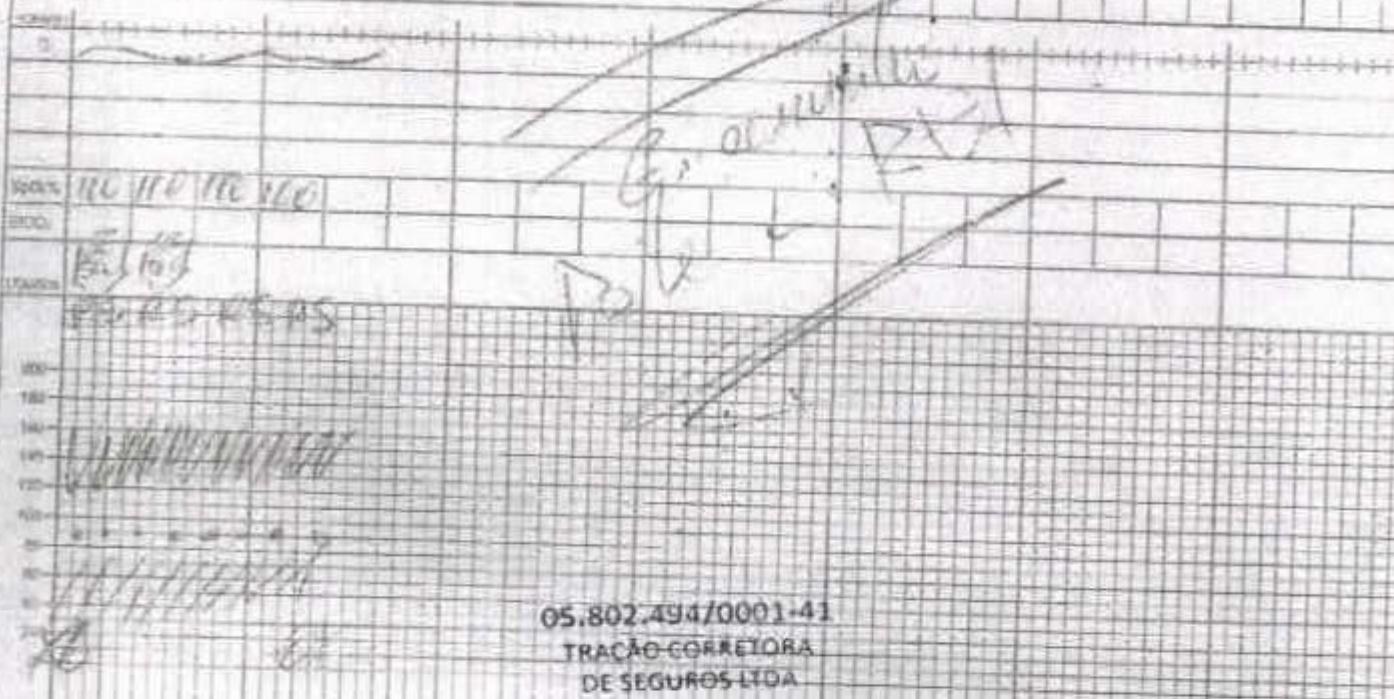
O Herano

INSCRIÇÃO	337153	CATEGORIA	SUS
SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDADE	34

HEBO	PA	HORÁRIO	15:30
RA	PC	RESPIRAÇÃO	ATA

COUPO CRUZADA	PORTA
---------------	-------

3371532-05100



05.802.494/0001-41

TRACÃO-CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2014

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. G

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

AGENTE	DOSE	QUANTIDADE
Lidocaina 1%	70	7ml
Epinefrina 1:1000	0,5	0,5ml
Atropina	30	3ml

TÉCNICA ANESTÉSICA:		
Lidocaina 1% + epinefrina 1:1000 + Atropina		

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO

1h

DURAÇÃO DA ANESTESIA

11:30

<input type="checkbox"/> LARINGOSCOPIO	<input type="checkbox"/> CARÓDROFO	<input type="checkbox"/> PA
<input type="checkbox"/> VASOCON	<input type="checkbox"/> A. VENAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA
<input type="checkbox"/> TEE	<input type="checkbox"/> DIFUSORIAL	<input type="checkbox"/> MÓITOR DO ESTADO CRÍTICO

ATR. AMBULÁT	ATR. EST
<input type="checkbox"/> HISTÓRICO	<input type="checkbox"/> CIR.
<input type="checkbox"/> ADAPTAÇÃO	<input type="checkbox"/> UGI
<input type="checkbox"/> ORTOPEDICO	<input type="checkbox"/> ALIMENTO

MÉDICO  
CHAMADO

# HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

## RESUMO DE ALTA

Nome: Holman Almeida da Cunha

Prontuário: 317153

Data: 13/06/18 Hora:

## DIAGNÓSTICO:

Fratura de coluna de vertebral aguda

## AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar nos supervisor Dr. Leonardo  
Cunha. Orientado sobre os cuidados  
retornar ao ambulatório da Clínica

## TRATAMENTO REALIZADO:

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

Alta Hospitalar: Data: 13/06/18 Hora:

HRA

Dto: 30-07-18

Horas: 7 horas -

Dr. Aurelio -

  
Ass. do Médico e CRM  
Carimbo

O.E: M260100001	ESFERA: PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 09 / 2018
Num AIH: 261610541120-7	Strutura: EXPORTADA	Apresentação: 05/2018
Especialidade: 01 - CIRURGICO	Órgão Emissor: M260100001	CRC: 04850B2D9F
Doc autorizador: 960016003872595	Doc med resp: 204322038720003	Doc diretor clínico: 204322038720003
CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA		Doc médico solic: 100612953070003
Paciente: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA		CMS: 70060693327766-8
Data Nasc.: 10/07/1963	Sexo: MASCULINO	Prontuário: 119059
Responsável pac.: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA	Nacionalidade: 010 - BRASIL	Doc: 8322787
Endereço: RUA SÃO JOSE DA LAJE 5 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU		Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
Município: 260410 - CARUARU	UF: PE CEP: 56024-000	País/Cor: 99-SEM INFORMACAO End: 0000-NAO SE APlica
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPHAS		Telefone: (89)344-51875 Mud Proc.: NÃO
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPHAS		
Diag. principal: 8821-FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO		
Complementar:		Diag. secundário:
Caráter atendimento: 01 - ELETIVO		Causa Obito:
Data internação: 20 / 04 / 2018	Data saída: 24 / 04 / 2018	Modalidade: HOSPITALAR
Liberação BISAIH01:		AIH Anterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência): ]		AIH Posterior: -
CNPJ do Empregador: / / /	CHAER: -	
Vínculo Previdência:	CBOR: -	

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Previdenciária	Procedimento CBO	CNES/CNPJ	Abertura	Valor In/	Óbito	Causa	Descrição
1 0408020380	980016003798055 225270(1)	2344254	1 04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO			
2 0408020380	204322571060018 225151(8)	2344254	1 04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO			
3 0415040035	980016003798055 225270(1)	2344254	1 04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS			
4 0415040035	204322571060018 225151(8)	2344254	1 04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS			
5 0802010016		2344254	4 04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM			
6 0401010015	000016264053344 223505	2344254	5 04/2018	DEBRIDAMENTO			

CID SECUNDÁRIO  
 Cid: Características  
 Vise: PREEXISTENTE Descrição: MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO ESPECIFICADO  
 Número de Nascidos: Número de Saltes: Nº Pró-Natal:  
 Vivo: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAES/MS nº 22 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995 - Seção I, p. 129/86, uma via deste resultado deve ser arquivado no prontuário de paciente".

ASSINATURA E CARMIM  
DIRETOR DO HOSPITAL

Conferido Com Documento  
 Original Bezerrin PE 18/05/18  
 Hospital Jesus Pequenino  
 Ana Amorim  
 Técnica Social  
 T-SCPE 4.471

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

31 DEZ 2019

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



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31/01/2019

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



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das dores da Silva,  
RG nº 2.178.346, data de expedição 21/09/2017  
Órgão SDS-PE portador do CPF nº 095.164.458-97, com  
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Manoel Teotônio 3:(indianópolis), nº 65,  
complemento 5727, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Adriano Alvim da Silva cujo o condutor era  
Adriano Alvim da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Bims 125

Ano: 2012

Placa: PFT 4491

Chassi: 9C2YC4820DR303697

Data do Acidente: 18 de Abril 2018

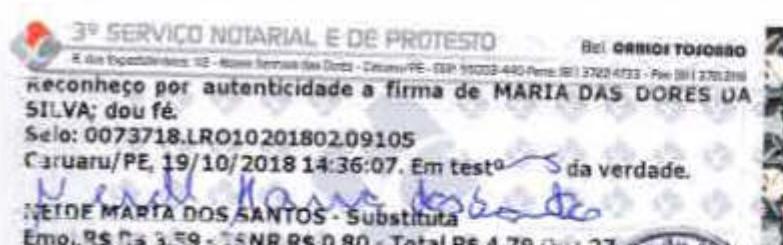
Local e Data: 19 OUT. 2018



Maria das dores da Silva

Assinatura do Declarante

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



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 09.769.035/000-  
INSC. EST. N° 18.1.001.6

ATENDIMENTO: RUA FEIJÃO CANECA FONE: - 00152 MAURICIO DE NORTE  
AU-CARIMAU PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE  
JOSELENE FERREIRA NACEDO  
R. ANTONIO NAVARRO, 11. 00729-000  
INSCRIÇÃO: 041.971.120.0305-667 GRUPO: 10 DEP. AUTOMATICO: 105.252622

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCIL	RESIDENCIAL	COMERCIAL/INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13883-778	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:  
LEIT. ANT: 263 CONSUMO: 7  
LEIT. ATU: RECORRENÇIA TAXA H  
LEIT. FAT: 273

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PONT.	ANALISES	ATENDIMENTO
08/2018	87	BS 2.914/11	166	169	169
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 de Água: <a href="http://www.compresa.com.br">www.compresa.com.br</a>			

OS 5 PRINCIPAIS INDICADORES SÃO: CONCENTRAÇÃO TOTAL DE AMONIACAL, CONCENTRAÇÃO TOTAL DE CLORO RESIDUAL, CONCENTRAÇÃO TOTAL DE COLIFORMES, CONCENTRAÇÃO TOTAL DE E. COLI E CONCENTRAÇÃO TOTAL DE TURBIDEZ. OS INDICADORES SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. OS INDICADORES 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	7/10	41,30

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31 DEZ 2018

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

ITEMS	VALOR DE CÁLCULO R\$	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
10% COFRE	41,30	1,65	0,66
7,60	41,30	7,60	3,14

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

MENSAGEM:



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.458, de 20/04/02  
 Instalação - Faturamento - Conta de Energia Elétrica  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. José de Barros, 111, Rio Vista, Recife, Pernambuco - CEP 5000-000  
 CNPJ 10.225.512/0001-06 | insc. Est. 0010442-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
 ALVARO HENRIQUE DOS SANTOS SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
 RUA SÃO JOSÉ DA LAGE 166

CPF: 040.048.404-81

MAURICIO DE MELLO SANTOS  
 CARUARU - PE  
 55000-000

CLASSIFICAÇÃO  
 01 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL  
 Monofásico

CONTABILIZADO  
 7001897802 MÊS  
 10/2018  
 DATA DE VENCIMENTO  
 26/10/2018 DATA DE PAGAMENTO  
 21/11/2018  
 TOTAL A PAGAR (R\$)  
 21,03

Nº DA NF EMISSA	TIPO	DATA
030263748	UNICA	29/10/2018
030263748	UNICA	29/10/2018
030263748	UNICA	29/10/2018

ESQUECIMENTO DE PAGAMENTO			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alvaro Henrique dos Santos Silva	00.0000000	0,001140851	16,20
Autorização de Fornecimento VERMELHA			1,68
Multa por atraso-NF 030263748-2002/18			0,38
Multa por atraso-NF 030263748-21/08/18			0,37
Multa por atraso-NF 030263748-18/09/18			0,36
Multa por atraso-NF 030263748-19/09/18			0,35
Juros por atraso-NF 030263748-20/09/18			0,34
Juros por atraso-NF 030263748-20/10/18			0,32
Juros por atraso-NF 030263748-19/10/18			0,31
Autorização de Fornecimento-NF 030263748-21/08/18			0,25
Autorização de Fornecimento-NF 030263748-19/09/18			0,20
Autorização de Fornecimento-NF 030263748-19/10/18			0,19

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNIDADE							
Nº DA NF EMISSA	DATA DA FABRICAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MUDANÇA	CONSUMO	ANALISE	CONSUMO (R\$)
030263748	20/09/2018	1.186,00	2.100,00	+914	914		
030263748	21/10/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		
030263748	21/11/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNIDADE							
Nº DA NF EMISSA	DATA DA FABRICAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MUDANÇA	CONSUMO	ANALISE	CONSUMO (R\$)
030263748	20/09/2018	1.186,00	2.100,00	+914	914		
030263748	21/10/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		
030263748	21/11/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNIDADE							
Nº DA NF EMISSA	DATA DA FABRICAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MUDANÇA	CONSUMO	ANALISE	CONSUMO (R\$)
030263748	20/09/2018	1.186,00	2.100,00	+914	914		
030263748	21/10/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		
030263748	21/11/2018	2.100,00	2.100,00	0	0		

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

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA UNIDADE				
Nº DA NF EMISSA	DATA DA FABRICAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	MUDANÇA
030263748	20/09/2018	1.186,00	2.100,00	+914
030263748	21/10/2018	2.100,00	2.100,00	0
030263748	21/11/2018	2.100,00	2.100,00	0



SAMU  
192



CARUARU

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA CPF-314.046.598-03 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.

05.802.494/0001-41  
TRAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31/07/2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 502 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Caruaru, 04 de Julho de 2018

Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 12/107/2018

Adriano Alexandre da Silva

# 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 ASI:

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:

Número:

666

Complemento:

1459

Endereço:

Rua 5as for da baix

Bairro:

CEP:

55000000

Tel.(DDD):

(61) 95907.7180

Cidade:

Pará

Estado:

Tel.(DDO):

(61) 95907.7180

E-mail:

(61) 95907.7180

(61) 95907.7180

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDIMENTO MENSAL:**
 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA

 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

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO:

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA: 3036

CONTA: 00030138

AGENCIA: [REDACTED]

CONTA: [REDACTED]

(Informar o dígito se maior)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

05.802.499-0001-11 - INVALIDEZ PERMANENTE

TRINCA CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

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

 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, resguardando-me permanentemente, com base na documentação permanente decorrente 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 discordo 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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:

Pará 21/10/2018

Nome:

Adriano Alexandre da Silva.

CPF:

314.046.598.03

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Adriano Alexandre da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

 1º | Nome: Joséma Pereira Ferreira.  
 CPF: 540.974.604-04

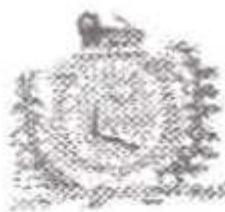
Joséma Pereira Ferreira

Assinatura

 2º | Nome: Joséma Pereira Ferreira  
 CPF: 540.974.834-34

Joséma Pereira Ferreira

Assinatura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E2106000664

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

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvida(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 Mão: MARIA DAS  
 DORES DA SILVA Pai: JOSE ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 19/7/1983  
 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8322787/SDS/PE (RG), 31404669803  
 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. 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: 5 - Bairro: MAURICIO DE NASSAU - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA 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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 18/4/2018 às 12:50

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

22/10/2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

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: 1º. 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: JOSE VICENTE DA SILVA Data de Nascimento: 24/1/1960 Naturalidade: QUIPAPÁ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2128346/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Telefones

Celulares:  
- 8197629644

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL TEOTONIO, 65, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA - CEP: 0 - Bairro: INDIANOPOLIS - 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/B2126 Objeto apreendido: Não  
 Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFT7491 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 490694896 Chassi: 9C2JC4820DR303697  
 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 DESTE PLANTÃO A PESSOA DA VÍTIMA ONDE NARROU QUE NO DIA E HORARIO DO FATO ESTAVA SE DIRIGINDO AO SEU LOCAL DE TRABALHO CONDUZIDO A MOTOCICLETA E indo na via LOCAL DA BR 104, LOCAL CONHECIDO COMO VIADUTO DO JOÃO MOTA E NAQUELE INSTANTE O SEMAFORO 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 CONDUZIDO A VÍTIMA ATÉ A UPA 24 HORAS ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NUMERO 00215958 E DESTE FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECECEU O PRONTUÁRIO DE NUMERO 3171683, ONDE FICOU POR POCOS DIAS E FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERROS PARA SER CIRUGIADO FOREM POR MOTIVOS DESCONHECIDOS DA VÍTIMA ESSE PROCEDIMENTO NÃO FOI REALIZADO, E RETORNOU PARA O HRA ONDE QUASE DOIS MESES FOI CIRUGIADO NESTA ULTIMA UNIDADE HOSPITALAR.

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

*Adriano Alexandre da Silva*  
 ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE *Ribeiro Soares* - Matrícula: 381004-5

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

22 NOV 2014

Rua da Aurora, N° 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 RSL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	314.046.598.03	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:		CPF: 314.046.598.03	
Profissão:	Endereço:	Número: 666	Complemento: CASA
Bairro:	Cidade:	CEP: 55000000	
E-mail:	Tel.(DDD): (61) 99907.7180		

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3036  CONTA: 000 30138  6  
 (Informar o dígito de conta)  (Informar o dígito de estatística)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:    
 (Informar o dígito de conta)  (Informar o dígito de estatística)

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

## 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 o requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

05.802.498/0001-11

TRÍNACIA CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11.011.719

16.175.51.002-81-0

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-10

00.50.060-



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAPITAL DO FORRÓ  
DATA: 22/08/2012 HORA: 09:04:26  
TERMINAL: 38161018 CONTROLE: 301610160070

AGÊNCIA: 3816 - CAPITAL DO FORRÓ  
CONTA: 013.00010138-5  
CLIENTE: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/06/2012

DATA	VALOR
17/08	0,05
23/09	0,44
02/10	0,47

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	VALOR
			0,50C

SALDO ANTERIOR

Setembro

23/09	0000000	REM BÁSICA	0,00C
-------	---------	------------	-------

Outubro

02/10	015402	CRED INSS	1.044,47C
02/10	020018	SAQUE ATM	1.044,00C
05/10	051510	DP DIN LOT	150,00C
08/10	061154	SAQUE ATM	150,00C
17/10	0000000	REM BÁSICA	0,00C

RESUMO EM 19/10

SALDO 0,97C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONÍVEL 0,97C

SALDO TOTAL 0,97C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0181

Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2012

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

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 LIDER 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](http://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, 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](http://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**

# 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

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSILENE FERREIRA MACEDO

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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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: 8.322787550 PE  
CPF: 314.046.598-03 CNH  
ENDERECO: Rua São José de Boa M. 666  
BAIRRO: Macau I Nossa 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 \_\_\_\_\_

ENDERECO: RUA ANTENOR 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, N° 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

Adriano Alexandre da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGUNDO SERTIFICO DE DADOS  
AUTOMÓVEIS DA VIA TERRESTRE OU MARÍTIMA, CARRETA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU LADRO, SEGURO DPVAT

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLA  
095-164-423-91  
Nº 490694896  
MARCA DAS DUHELS DA SILVA  
CARUARU - PE  
095-164-423-91  
PLACA  
P277491

MARCA DAS DUHELS DA SILVA  
CARUARU - PE  
095-164-423-91  
PLACA  
P277491

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

PE Nº 013433807301

BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARCA DAS DUHELS DA SILVA  
CARUARU - PE  
095-164-423-91  
PLACA  
P277491

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0



CNPJ 09.769.035/0001-  
INSC. EST. N° 18.1.001.5

ATENDIMENTO: RUA FÉLIX CAIXA - 1011 - 00152 - MAURÍCIO DE NORTE  
AL. CARUARU - PE-55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	385/57672	SET-2018
JOSILENE FERREIRA MACEDO				
R. ANTENOR HAY-IRÓ, 11. 09129-200				
INSCRICAO: 041.971.120-0705. INO GRUPO: 16 DE E. AUTOMATICO: 10527072				

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO SÍGNETO FACTIVEL	RESIDENCIAL	UNIDADES DE CONSUMO COMERCIAL/INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A138015778	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018		TIPO DE CONSUMO (A/S) MEDIA HD

ÁGUA:		CONSUMO: 7	RECORRENIA TAXA H
LEIT. ANT:	263		
LEIT. ATU:			
LEIT. FAT:	279		
MÉDIA:	07		

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

PERÍODO	PARÂMETROS	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDIMENTO
06/2018	TURBIDEZ	160	160	169	169
07/2018	COR. APARENTE	160	160	169	169
08/2018	CLORO RESIDUAL	160	160	169	169
09/2018	EXALIF. TOTais	160	160	169	169
10/2018	E.Coli	160	160	169	169

OBS.: (1) O CONSUMO TOTAL 15 ALIMENTA 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.  
(2) OS PARÂMETROS COMUNS TOTais, ESFERICITÀ, 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	2.13	41,30

RESIDENCIAL	HABITUAIS	PERCENTUAL (%)	TOTAL DO IMPORTE
PT. COMP.	41,30	1,65	0,68

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

MENSAGEM:

VALOR DA FIDUCIA  
962192056

RESIDUOS PLÁSTICOS  
962192056



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

31 RHT 2019

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