



Número: **0012162-29.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64292 368	07/07/2020 14:58	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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. Cardiaca: FC: 78 BPM

QPD / HDA:

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Exame Físico:

GOR + EDEMA + LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO

Exames complementares:

RX

05.802.494/0001-41
TRAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/01/2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 54.060-010

RECIFE-PE

HD:

FRATURA DE COTOVELO E UMERO PROXIMAL

Conduta:

MEDICADO + ORIENTADO + ENCAMINHADO AO HRA

Evolução:

Ass. do Médico

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

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-630

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>

Num. 64292368 - Pág. 1



Número do documento: 20070714582175300000063102114



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

ORT
HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

		Atendimento: 407013	Prontuário: 317153
Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA Data Nasc.: 19/07/1983 CPF: 00000000000 Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE Bairro: MAURICIO DE NASSAU CEP: 55024000 Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Acompanhante:		Idade: 34 Sexo: MASCULINO RG: 00000000000 Cidade: CARUARU Profissão: VIGILANTE	Cor: PARDA CNS: 700606933277588 Nº: 5 Estado: PE
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		0206030029 19/04	

Queixa Principal / HDA:			
Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____			
Diag. Provisório:			
<p>PT COT 05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS ETC 31/07/2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Braúna - CEP: 50.060-010 Dieta: REFEI-PE</p> <p>Dr. Paulo Larre Cirurgião De Joelho CRM: 9676 CPF: 321.365.344-34</p>			

Prescrição:	Data:	Horário
<p>Dr. Alexandre Ribeiro Ortopedista CRM: 9676 CPF: 321.365.344-34</p> <p>18-08-2018</p>		
1 de 2		





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA

62
HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA Atendimento: 408682 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 Profissão: VIGILANTE
 Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: DOR NOS MEMBRO SUPERIORES
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Date: 24/04/2018 23:21

Médico: MÉDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Houve envolvimento de colhos do fôrso de
de Bequim (fuso) fuso picaram na
tentáculo realizando passagem.
Tentáculo ocorreu na mão direita.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Sob 1 mês
Sem dor

Diag. Provisório:

Larva envolvida no colo de
fórmico no colo

Reinternar paciente para
processo e exame

Prescrição:

Dieta: _____

Data

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 ABR 2019
Dr. Bruno da Costa Lima
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 5279 PB
CRM: 17991 PE

Horário

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

1 de 2



Sistema
Único de
SaúdeMinistério
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

Jhailo Alcântara da Silva

6 - N° DO PROSTITUÍRIO

3763

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4101610161913130475168

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/07/85

9 - SEXO

Masculino

10 - RAÇA/ETNIA

3

11 - NOME DA MÃE

M. de Dora da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

0300 813919188799041

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

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

14 - TELEFONE DE CONTATO

0300 813919188799041

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Caxam

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

5604106

PI

55304000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pente viu de ferro com
no cotovelo no osso

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fractura de cotovelo C (05.802.494/0001-41)

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

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/11/2019

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 ASSOCIADA

Ribeirão Preto - SP - 17 - 51.907-BL-5

Boa Vista - CLP - 50.000-410

RECIFE

26 - PROcedimento solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

013018340010

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CPF

0211071004785

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Braulio Cordeiro de Melo Júnior

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810398883-0

37 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

38 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

39 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

40 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

41 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

42 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

43 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

44 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

45 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

46 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

47 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

48 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

49 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

50 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

51 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

52 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

53 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

54 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

55 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

56 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

57 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

58 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

59 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

60 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

61 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

62 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

63 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

64 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

65 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

66 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

67 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

68 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

69 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

70 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

71 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

72 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

73 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

74 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

75 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

76 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

77 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

78 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

79 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

80 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

81 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

82 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

83 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

84 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

85 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

86 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

87 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

88 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

89 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

90 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

91 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

92 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

93 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

94 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

95 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

96 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

97 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

98 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

99 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

100 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

101 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

102 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

103 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

104 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

105 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

106 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

107 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

108 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

109 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

110 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

111 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

112 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

113 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

114 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

115 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

116 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

117 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

118 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

119 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

120 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

121 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

122 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

123 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

124 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

125 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

126 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

127 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

128 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

129 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

130 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

131 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

132 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

133 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

134 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

135 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

136 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

137 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

138 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

139 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

140 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

141 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

142 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

143 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

144 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

145 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

146 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

147 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

148 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

149 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

150 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

151 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

152 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

153 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

154 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

155 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

156 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

157 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

158 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

159 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

160 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

161 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

162 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

163 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

164 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

165 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

166 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

167 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

168 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

169 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

170 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

171 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

172 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

173 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

174 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

175 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

176 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

177 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

178 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

179 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

180 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

181 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

182 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

183 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

184 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

185 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

186 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

187 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

188 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

189 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

190 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

191 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

192 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

193 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

194 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

195 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

196 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

197 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

198 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

199 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

200 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

201 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

202 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

203 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

204 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

205 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

206 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

207 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

208 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

209 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

210 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

211 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

212 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

213 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

214 - CÓDIGO DO PROcedimento SOLICITADO

215 - CÓDIGO

Paciente: JANILSON ANTONIO DA SILVAEnfermaria/Leito: 1103 Registro: 318889

EVOLUÇÃO CLÍNICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 08/06/18 Hora: 07:00HD: Fr ORTOPA TIBIA DIREM USO DE: Sintomáticos Antimicrobianos/Outros
COPIAZOLINA (D0: 05/06/18 / hoje D: 18) (D0: / / hoje D: 18) (D0: / / hoje D: 18)D.E.: ΔPAS: 120 mmHg ΔPAD: 60 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.

<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Cardiopatias	<input type="checkbox"/> Pneumopatias
<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Nefropatias	<input type="checkbox"/> Tireoidopatias	<input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Outros
Cirurgias ortopédicas prévias:		Alergias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

Medicações em uso prévio: _____

PACIENTE EVOLUI:

Com Queixa(s): Não Sim

Nega demais queixas.

Apresenta melhora clínica do quadro: Não SimAceita Dieta, via VA Flúresce _____ Flatos Evacuações

Deambulação _____

AO EXAME FÍSICO:

EGR, consciente, orientado(a), corado(a), hidratado(a), anidrônico(a), anionótico(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/A, 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, alterações.Exame Ortopédico: permanece como anteriormente, sem novas alterações. Novas alterações: _____EXAMES COMPLEMENTARES: Sem exames resistentes.

Data: / /	05.802.494/0001-41	
Data: / /	TRAÇÃO CORRETORA	
Data: / /	DE SEGUROS LTDA	
Data: / /	31 ABR 2018	
Data: / /		

CONDUTA:

- 1-Mantenho vigilância clínica.
- 2-Forneço ao paciente/acompanhante orientações e explique prognóstico e risco(s) da comorbidade (via 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-Estímulo deambulação com acompanhante (dentro de suas limitações) e/ou mudança de decúbito.
- 5-Deixo prescrição (em anexo).

6-Mantenho anterior Faço nova prescrição / Realizo alterações.7-Aguarda exames: Não Sim8-Solicito exames: Não Sim9-Solicito parecer: Não Sim10-Necessita de declaração de acompanhante: Não Sim, forneço para: _____11-Alta Hospitalar: Não, permanece internado para continuidade terapêutica Sim, Forneço

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

Assinatura: 
Yves Cordeiro de Mello Junior
08/06/2018





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

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOAQUÍN DÍAZ REGISTRO N° 33115

SALA CIRÚRGICA Nº 10 DATA 11/05/18

ANESTESIOLOGISTA

Observação: no caso de setor, utilize os outros itens especificá-los.

Edene Gomes de S. Lima



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	Ínicio: 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 + APOSIÇÃO DE 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 SF0,9%
8. SUTURA POR PLANOS
9. CURATIVO
10. RETIRADO GARROTE EM MSE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL DISTAL
11. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

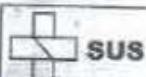
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/06/2019

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

Dr. Felipe Diogo Vaz de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.263 / CRM-PA 32.912





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

YPA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Oliveira da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO
34153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

110167619131319171568 19/07/183

8 - DATA DE NASCIMENTO

Maio

21

9 - SEXO

Male

10 - RACIA/COR

11 - NOME DA MÃE

M - Dr. Doss da Silva

12 - DDD

800

13 - TELEFONE DE CONTATO

819 88717044

14 - N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R-70 José da Ogo, 05 B m Al. Praia

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Guarabira

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18

19 - UF

19

20 - CEP

58310-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Os sintomas de protetor de abra de rádio

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tto os sintomas de protetor de abra de rádio

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

Amurad + Rx + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Rotura da cobertura de rádio

15521

30 - CARÁTER DA INTERNACAO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04103630915

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

11/10/18

36 - CÓDIGO DA SEGURO

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

05.802.494/0001-41

42 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

45 - DESPREGADO

46 - AFILIADO

47 - NÃO SEGURO

46 - EMPREGADO

47 - AUTÔNOMO

48 - DESPREGADO

49 - AFILIADO

47 - EMPREGADOR

50 - NÃO SEGURO

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

51 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Boa Vista 08/10/2020

50 - DOCUMENTO

53 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DOCUMENTO

54 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

56 - N° DO BILHETE

57 - SÉRIE

261810398716-9



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA
RESUMO DE ALTA

Nome: Rolimano Almeida da Silveira

Prontuário: 317153

Data: 13/06/18 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de coluna de varas segundas

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar nos agendados de Dr. Leonor
Campo. Encerrado todos os encadeados
Retorno ao ambulatório da Clínica

TRATAMENTO REALIZADO:

05.802.494/0001-41
TRACÃO 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: 30-07-18

Hora: 7 horas

Dr.

Dr. Aurílio -

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



VERSÃO: 15.00

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

O.E: M260190001	ESFERA: PRIVADO	ESPELHO DA AIH	PAG.: 3
Num AIH: 261610541120-7	Situação: EXPORTADA	APRESENTAÇÃO: 09 / 2018	DATA: 28/04/2018
Especialidade: 01 - CIRURGICO		Orgão Emissor: M260190001	CRC: 0485082D9F
Doc autorizador: 980018003872195		Doc med resp: 204322838720003	Doc diretor clínico: 204322838720003
CRM: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA		Doc médico solte: 100612953070003	
Paciente: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA		CRM: 70080693327766-8	
Data Nasc.: 19 / 07 / 1983		Pronthário: 119029	
Sexo: MASCULINO		Pronthário: 8322787	
Responsável pac.: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA		Nome da filha: MARIA DAS DORES DA SILVA	
Endereço: RUA SÃO JOSE DA LAJE 5. Bairro: MAURICIO DE NASSAU		Pais/Cor: 99-SEM INFORMAÇÃO Etário: 0000-NÃO SE APlica	
Município: 260410 - CARUARU		Telefone: (09)344-51875 Mudar Proc.?: NÃO	
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO CI/CIRURGIAS MULTIPLAS		Diag. secundário:	
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO CI/CIRURGIAS MULTIPLAS		Causa Óbito:	
Diag. principal: 8821-FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RÁDIO		Modalidade: HOSPITALAR	
Complementar:		AIH Anterior:	
Centro atendimento: 01 - ELETIVO		AIH Posterior:	
Data internação: 20 / 04 / 2018		Data saída: 24 / 04 / 2018	
Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO			
- Causas Externas (Acidente ou Violência):			
CNPJ do Empregador:		CHAER: -	
Vinculo Previdência:		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Mbta Procedimento	Procedimento CBO	CNEC/CNPJ	Assunto	Válida	Qtd	Causa	Descrição
1 0408020380	980018003798055 225270(1)		2344254	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO	
2 0408020369	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO	
3 0415040035	980018003798055 225270(1)	2344254	2344254	1	04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS	
4 0415040035	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS	
5 0802010018		2344254	2344254	4	04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM	
6 0401010015	080010264653344 223505	2344254	2344254	5	04/2018	CURATIVO GRAU II CI/OU SI/ DEBRIDAMENTO	

CID SECUNDÁRIO	Qtd.	Característica	Descrição
Vida PREEXISTENTE			
Número de Nascidos			MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Vivos:		Número de Saídas	Nº Pré-Natal:
Mortos:		Altas:	
		Transf.:	
		Óbitos:	

"De acordo com o Portaria SISAIH N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995 - Seção I, p. 12986, uma cópia deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente".

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL


Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Requenino
JBR
Ana Amorim
Assinante: Ana Amorim
Data: 05/05/2018
Assinante: Ana Amorim
Data: 05/05/2018

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 11

Número do documento: 20070714582175300000063102114



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31/01/2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 B/C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>
Número do documento: 20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 12

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 095.164.428-97, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Manoel Justenio 3.(Cindimopolis), nº 65,
complemento 5757, 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 Alvim da Silva cujo o condutor era
Adriano Alvim da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: BWS 125

Ano: 2012

Placa: PFT 7491

Chassi: 9C2Y4C4820DR303697

Data do Acidente: 18 abr 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)

3º SERVICO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. ORBIO TOJOSO

E-mail: orbio@notarias.com.br - Rua: Rua das Dores - Centro/PE - CEP: 50022-440 - Fone: (81) 3723-4723 - Fax: (81) 3723-2100
Reconheço por autenticidade a firma de MARIA DAS DORES DA SILVA; dou fé.
Selo: 0073718.LRO10201802.09105

Caruaru/PE, 19/10/2018 14:36:07. Em testemunha da verdade.

NETE DE MARIA DOS SANTOS - Substituta

Emo. R\$ 1,59 - ISNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op: 27

www.orbico/notarias



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>
Número do documento: 20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 13



CNPJ 09.769.035/000

INSC. EST. N° 18.1.001.3

ATENDIMENTO: RUA FLÁVIO CANECA 1000 - 00152 - MAURICIO DE NORTE
AU - CARIMBU - PE 55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	105257672	Set. 2018
JOSILENE FERRITRA NACEDO				
R. ANTONIO NAVARRO, 11. 00729-100		PETROPOLIS CARUARU PE 55032-2		
105257672				

INSCRIÇÃO: 041.971.120.005-16 II GRUPO: 16 DEP. AUTOMÁTICO: 105257672

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTÍVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL / INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A138803-778	DATA LEIT. ANTERIOR 11/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018		TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD

AGUA:
LEIT ANT: 263 CONSUNTO: 7
LEIT ATU: RECORRENÇIA TAXA N
LEIT FATT: 273

REFERÊNCIA CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDID.
08/2018	87	166	169	169	169
07/2018	86	166	169	169	169
06/2018	86	166	169	169	169
05/2018	86	166	169	169	169
04/2018	86	166	169	169	169
03/2018	11	166	169	169	169
MÉDIA:	87	166	169	169	169

Qualidade da Água: www.compresa.com.br
OS 5 PARÂMETROS TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
OS 5 PARÂMETROS TOTAIS EXCELENTES COLI E CLORO
RESISTÊNCIA SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
OS 5 PARÂMETROS COR E DUREZAS SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7.163	41,30

TRIBUTOS	VALOR DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO BÔNUS/SC
10% COPRE	41,30	1,65	0,68
	41,30	7,68	3,14

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

MENSAGEM:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 DEZ 2018

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLOCO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Rio Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
CNPJ 10.025.312/0001-08 | insc. Est. 9001942-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALVARO HENRIQUE COIS SANTOS SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO JOSE DA LAGE 555

CPF: 040.048.404-81

MAURICIO DE NASCIMENTO CARVALHO
CARUARU-PE
55000-000

CLASSIFICAÇÃO
EI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Residencial

DATA DE FOLHA	PERÍO	DATA DE
03/03/2018	04/03/2018	29/10/2018
20/10/2018	30/10/2018	02/11/2018

DATA CONTRATO	MES/ANO
7001897802	10/2018
DIA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO PAGAR FOLHA
26/10/2018	21/11/2018

VALOR A PAGAR (R\$) 21,03

DETALHAMENTO DA FOLHA DE FOLHA

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
00.000000	0,04114881	16,37
		1,68
		0,37
		0,96
		0,13
		0,98
		0,72
		0,97
		0,20
		0,20

TOTAL DA FOLHA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
MP/22	DEPO DA FOLHA C/1	ANTERIOR DATA LEITURA	ATUAL DATA LEITURA	IMP. DE DATA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
05/18	00	0000	0000	0000	0000	0000	0000

DATA	DATA DE LEITURA	% MUDANÇA	VALOR MUDANÇA	VALOR DE CONSUMO
05/18	00	-100	-100	0000
06/18	00	-100	-100	0000
07/18	00	-100	-100	0000
08/18	00	-100	-100	0000
09/18	00	-100	-100	0000
10/18	00	-100	-100	0000
11/18	00	-100	-100	0000
12/18	00	-100	-100	0000
01/19	00	-100	-100	0000
02/19	00	-100	-100	0000
03/19	00	-100	-100	0000
04/19	00	-100	-100	0000
05/19	00	-100	-100	0000
06/19	00	-100	-100	0000
07/19	00	-100	-100	0000
08/19	00	-100	-100	0000
09/19	00	-100	-100	0000
10/19	00	-100	-100	0000
11/19	00	-100	-100	0000
12/19	00	-100	-100	0000
01/20	00	-100	-100	0000
02/20	00	-100	-100	0000
03/20	00	-100	-100	0000
04/20	00	-100	-100	0000
05/20	00	-100	-100	0000
06/20	00	-100	-100	0000
07/20	00	-100	-100	0000
08/20	00	-100	-100	0000
09/20	00	-100	-100	0000
10/20	00	-100	-100	0000
11/20	00	-100	-100	0000
12/20	00	-100	-100	0000
01/21	00	-100	-100	0000
02/21	00	-100	-100	0000
03/21	00	-100	-100	0000
04/21	00	-100	-100	0000
05/21	00	-100	-100	0000
06/21	00	-100	-100	0000
07/21	00	-100	-100	0000
08/21	00	-100	-100	0000
09/21	00	-100	-100	0000
10/21	00	-100	-100	0000
11/21	00	-100	-100	0000
12/21	00	-100	-100	0000
01/22	00	-100	-100	0000
02/22	00	-100	-100	0000
03/22	00	-100	-100	0000
04/22	00	-100	-100	0000
05/22	00	-100	-100	0000
06/22	00	-100	-100	0000
07/22	00	-100	-100	0000
08/22	00	-100	-100	0000
09/22	00	-100	-100	0000
10/22	00	-100	-100	0000
11/22	00	-100	-100	0000
12/22	00	-100	-100	0000
01/23	00	-100	-100	0000
02/23	00	-100	-100	0000
03/23	00	-100	-100	0000
04/23	00	-100	-100	0000
05/23	00	-100	-100	0000
06/23	00	-100	-100	0000
07/23	00	-100	-100	0000
08/23	00	-100	-100	0000
09/23	00	-100	-100	0000
10/23	00	-100	-100	0000
11/23	00	-100	-100	0000
12/23	00	-100	-100	0000
01/24	00	-100	-100	0000
02/24	00	-100	-100	0000
03/24	00	-100	-100	0000
04/24	00	-100	-100	0000
05/24	00	-100	-100	0000
06/24	00	-100	-100	0000
07/24	00	-100	-100	0000
08/24	00	-100	-100	0000
09/24	00	-100	-100	0000
10/24	00	-100	-100	0000
11/24	00	-100	-100	0000
12/24	00	-100	-100	0000
01/25	00	-100	-100	0000
02/25	00	-100	-100	0000
03/25	00	-100	-100	0000
04/25	00	-100	-100	0000
05/25	00	-100	-100	0000
06/25	00	-100	-100	0000
07/25	00	-100	-100	0000
08/25	00	-100	-100	0000
09/25	00	-100	-100	0000
10/25	00	-100	-100	0000
11/25	00	-100	-100	0000
12/25	00	-100	-100	0000
01/26	00	-100	-100	0000
02/26	00	-100	-100	0000
03/26	00	-100	-100	0000
04/26	00	-100	-100	0000
05/26	00	-100	-100	0000
06/26	00	-100	-100	0000
07/26	00	-100	-100	0000
08/26	00	-100	-100	0000
09/26	00	-100	-100	0000
10/26	00	-100	-100	0000
11/26	00	-100	-100	0000
12/26	00	-100	-100	0000
01/27	00	-100	-100	0000
02/27	00	-100	-100	0000
03/27	00	-100	-100	0000
04/27	00	-100	-100	0000
05/27	00	-100	-100	0000
06/27	00	-100	-100	0000
07/27	00	-100	-100	0000
08/27	00	-100	-100	0000
09/27	00	-100	-100	0000
10/27	00	-100	-100	0000
11/27	00	-100	-100	0000
12/27	00	-100	-100	0000
01/28	00	-100	-100	0000
02/28	00	-100	-100	0000
03/28	00	-100	-100	0000
04/28	00	-100	-100	0000
05/28	00	-100	-100	0000
06/28	00	-100	-100	0000
07/28	00	-100	-100	0000
08/28	00	-100	-100	0000
09/28	00	-100	-100	0000
10/28	00	-100	-100	0000
11/28	00	-100	-100	0000
12/28	00	-100	-100	0000
01/29	00	-100	-100	0000
02/29	00	-100	-100	0000
03/29	00	-100	-100	0000
04/29	00	-100	-100	0000
05/29	00	-100	-100	0000
06/29	00	-100	-100	0000
07/29	00	-100	-100	0000
08/29	00	-100	-100	0000
09/29	00	-100	-100	0000
10/29	00	-100	-100	0000
11/29	00	-100	-100	0000
12/29	00	-100	-100	0000
01/30	00	-100	-100	0000
02/30	00	-100	-100	0000
03/30	00	-100	-100	0000
04/30	00	-100	-100	0000
05/30	00	-100	-100	0000
06/30	00	-100	-100	0000
07/30	00	-100	-100	0000
08/30	00	-100	-100	0000
09/30	00	-100	-100	0000
10/30	00	-100	-100	0000
11/30	00	-100	-100	0000
12/30	00	-100	-100	0000
01/31	00	-100	-100	0000
02/31	00	-100	-100	0000
03/31	00	-100	-100	0000
04/31	00	-100	-100	0000
05/31	00	-100	-100	0000
06/31	00	-100	-100	0000
07/31	00	-100	-100	0000
08/31	00	-100	-100	0000
09/31	00	-100	-100	0000
10/31	00	-100	-100	0000
11/31	00	-100	-100	0000
12/31	00	-100	-100	0000
01/32	00	-100	-100	0000
02/32	00	-100	-100	0000
03/32	00	-100	-100	0000
04/32	00	-100	-100	0000
05/32	00	-100	-100	0000
06/32	00	-100	-100	0000
07/32	00	-100	-100	0000
08/32	00	-100	-100	0000
09/32	00	-100	-100	0000
10/32	00	-100	-100	0000
11/32	00	-100	-100	0000
12/32	00	-100	-100	0000
01/33	00	-100	-100	0000
02/33	00	-100	-100	0000
03/33	00	-100	-100	0000
04/33	00	-100	-100	0000
05/33	00	-100	-100	0000
06/33	00	-100	-100	0000
07/33	00	-100	-100	0000
08/33	00	-100	-100	0000
09/33	00	-100	-100	0000
10				



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.

Caruaru, 04 de Julho de 2018


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/07/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLO. 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:

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:

Vigilante

Endereço:

Rua Saracurá da baía

Número:

666

Complemento:

laser

Bairro:

Maurício de Nassau

Cidade:

Caruaru

Estado:

PE

CEP:

55000000

TeL(DDD):

(81) 99907.3180

E-mail:

mscedo8f43@gmail.com

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

RENDIMENTO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3036

CONTA: 00030138

6

(Inserir o dígito se maior)

(Inserir o dígito se maior)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se maior)

(Inserir 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 sumarizadamente 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):

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 médio de 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para invalidez permanente, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 (ai nascir)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 22/10/2018

Nome: Adriano Alexandre da Silva

CPF: 314.046.598.03

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Josefina Pereira Ferreira

CPF: 54097460404

Josefina Pereira Ferreira

Assinatura

2º | Nome: Joselene Ferreira Maccio

CPF: 540974834-34

Joselene Ferreira Maccio

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90^o
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. VIA DUTO DO JOÃO
MOTA, - Bairro: JOÃO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41
TRACÃO 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) 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 Documento: 8322787/SDS/PE (RG), 31404659603
(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: 50 - 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 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 NOV 2018

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
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) Escaladão: 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: 2176346/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Telefones**



Celulares:

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUA MANOEL TEOTONIO, 65, PRÓXIMO AO POSTO DE GASOLINA - CEP: 6 - Bairro: INDIANOPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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/BG125 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFT7491 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 490694896 Chassi: 9C2JC4820DR303697
Combustivel: ALCOOL/AROOL

MOTOCICLETA DESCONHECIDA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Merce/Modelo: MOTOCICLETA/NAO INFORMADO/NAO INFORMADO Objeto apreendido: Nao Quantidade: 1 UNIDADE NAO INFORMADA

Complemento / Observação

COSMPARECEU 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 CONDUZENDO 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 VÉCULO 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 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 POUcos DIAS E FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERROS PARA LA 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(n) neste local

Adriano Alexandre da Silva
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE PEFERIO SOARES - Matrícula: 2612004

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 NIV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 907-BL C
Bea 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:	Nome completo da vítima:		
	334.046.598.03	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:		
Adriano Alexandre da Silva		334.046.598.03		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Vigilante	Rua 525 fórum da base	666	LASA	
Endereço:	Cidade:	CEP:		
Bairro:	Caruaru	55000000		
Maurício de Nassau	Estado:	PE		
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 99907-7180			
correio do f43@gmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3036 CONTA: 000 301 38 6
 (Informar o dígito de endereço) (Informar o dígito de endereço)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito de endereço) (Informar o dígito de endereço)

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 fins de pagamento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções:**

05.802-190/2012-01
 TRINCA CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

- Não há IML que atenda a regiões do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 15 (quinze) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, respeitando permanentemente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordar 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/avôs vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider 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:	334.046.598.03

(*) Assinatura de quem assina o RODO



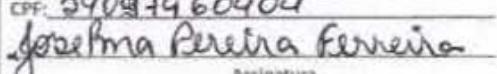
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

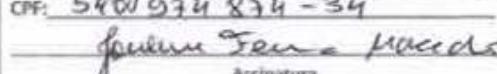
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Josélene Pereira Ferreira
 CPF: 540.974.604-04


 Josélene Pereira Ferreira
 Assinatura

2º | Nome: Josélene Ferreira Maccio
 CPF: 540.974.874-34


 Josélene Ferreira Maccio
 Assinatura



CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAPITAL DO FORRO
DATA: 22/08/2012 HORA: 08:04:26
TERMINAL: 301610180076

AGENCIA: 3016 - CAPITAL DO FORRO
CONTA: 013.00010138-5
CLIENTE: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

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

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
02/09	0,44

MOVIMENTACAO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,50C

Setembro

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

Outubro

02/10	015409	CRED INSS	1.044,47C
02/10	028618	SAQUE ATM	1.044,00D
05/10	051510	DP DIN LOT	150,00C
08/10	061154	SAQUE ATM	150,00C
17/10	0000000	REM BASICA	0,00C

RESUMO EM 19/10
SALDO

RESUMO DO DIA	0,00
SALDO BLOQUEADO	0,00C
SALDO DISPONIVEL	0,97C
SALDO TOTAL	0,97C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0181

Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>

Num. 64292368 - Pág. 22

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

Pag. 01965/01966 - carta_03 - INVALIDEZ

00050983


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.

Carta nº 13550621

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>
Número do documento: 20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 25

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 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

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>
Número do documento: 20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 26

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:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 07/07/2020 14:58:21
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070714582175300000063102114>

Número do documento: 20070714582175300000063102114

Num. 64292368 - Pág. 27

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
ENDERECO: Rua São José de Paiva n. 666
BAIRRO: Manoel da Nóbrega CIDADE: Caruaru.
ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA. ESTADO CIVIL: CASADA.
PROFISSÃO: DO LAR IDENTIDADE: 546858594 SSP/PE.
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

19/07/2018

LOCAL E DATA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/07/2018

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

RECIFE-PE

Adriano Alexandre da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. ORRÓS TOVORÓ

Estr. Bento Ferreira, 10 - Bessa Serraria nos Coração - Olinda/PE - CEP: 52100-240 Fone: (81) 3202-4723 - Fax: (81) 3202-4723

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

Scio: 0073718.SND10201802.09102

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

NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta

Emol. R\$ R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 27

Confirme a autenticidade no site: www.tjpe.jus.br/autenticidade

NOTA DE AUTENTICIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MISTERIO DAS CIDADES

DETAN - RE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
Nº 0134348073011

PE Nº 012433807301		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MARIA DAS JUJES DA SILVA		SEGUNDO DIRECÇÃO DE DANOS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DA VIA TERRESTRE, PROPRIETÁRIO, A PESSOAS TRANSFORMACAO DO RODO - SEGURO DPVAT	

MARIA DA JOSÉ D'ORIO DA SILVANA

KARUNO, INC.

THE JOURNAL OF

ପ୍ରକାଶକ ପରିଷଦ୍ୟ ପରିବାରରେ ପରିବାରରେ ପରିବାରରେ

WILSONS BIRDS

2012-2013

WORLD WAR II

卷之三

THE CHINESE

FID - ADD CONC HAC RUMA UTEA

四〇

KUNLOGET

Dynamische Systeme

THE JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004

SEGURABORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.340.550/0001-03

200

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Residencial Aurora, Nº 175. 51.907 BL.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE





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

compesa

CNPJ 09.769.035/000
INSC. EST. N° 18.1.001

ATENDIMENTO: RUA FLÁVIA CAIXEIRA - 1008 - 00152 - MUNICIPIO DE RECIFE
AL. CARVALHO PE-55012-330

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 185257672 Set-2018
JOSILENE FERREIRA MACEÐO E ATENDIMENTO MAY-IRD, H. 09729-20 INSCRIÇÃO: 041.971.120-005. ENO GRUPO: 16 DE 02. AUTOMATICO: 105257672		PETROPOLIS CARNAUBA PE 51402-22
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1 COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A1388155778	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018 TIPO DE CONSUMO (A/B) MEDIA HD

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PERÍODO	PARÂMETROS	EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDIMENTO
06/2018	07	REG 7.914/11	REALIZ.	A. LEGIS.
07/2018	06	TURBIDEZ	169	169
06/2018	26	COR APA SENTIDA	169	169
06/2018	06	CLORO RESIDUAL	169	169
04/2018	06	COLIF. TOTAIS	169	169
03/2018	11	E. COLI	169	169
	07	Qualidade da Água: mm. crampoux, com br.		

OBJS.: (1) COLIFORMES TOTAIS SUPERIOR 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COMUNS TOTAIS, ESFERULITA 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\$)
7.115	41,30

AGUA
RESIDENCIAL, 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

PERÍODO	VALOR FÁCIL	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
09/2018	41,30	1,65	0,68
09/2018	41,30	7,08	3,14

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

MENSAGEM:

