



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
64292368	07/07/2020 14:58	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

HD:

FRATURA DE COTOVELO E UMERÓ PROXIMAL

Conduta:

MEDICADO + ORIENTADO + ENCAMINHADO AO HRA

Evolução:

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 MAR 2019

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

RECIFE-PE

Ass. do Médico

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





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

ORT HRA
NO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
Data Nasc.: 19/07/1983 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: RG: CNS: 700606933277588
Endereço: RUA SAO JOSE DA LAJE Nº: 5
Bairro: MAURICIO DE NASSAU Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 98279944 Profissão: VIGILANTE
Nome da Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

0206030029 19/04

2. ATENDIMENTO Data: 19/04/2018

Queixa Principal / HDA:

2x2 cotovelo arq.

Exame Físico: PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Rx cotovelo
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORETORA
DE SEGUROS ETC
31 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rios Vistas - CEP: 55060-010
Dieta: RECIFE-PE
Dr. Paulo Larre
Cirurgião de Joelho
CRM 9676
CPF 027.388.344-34

Prescrição:

Data Horário

Paracetamol

Dr. Adriano F. de A.
Ortopedista
CRM 9676
CPF 027.388.344-34
19-04-2018





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

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

Queixa Principal / HDA:

Tratamento enviado de corpo do fêmur
de Bexiga / Hda. fms. Pigeiro, nas
tudo isso realizado por acidente.
Tratamento ocorrido há 05 dias

Exame Físico:

Sob 1 inchado
Sem edema persistente

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Lesões graves do cotovelo
Fratura do cotovelo

Reinternar paciente por
procedimento em 03

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 002 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Bruno da Costa Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 5275 PE
CRM: 17962 PE





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

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Alexandre de S.

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

317153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101610161913131214171516181910783

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

M. da Dora da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

81391918179044

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. São José da Ig., 5 B. município de Jossu

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camom

17 - COD. DE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PI

19 - CEP

65501400

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ponte vital de freq. cardíaca
no cotovelo no 08 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO

fratura de cotovelo

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

Radiografia

105.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/01/2019

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de cotovelo

24 - CID 10 PRINCIPAL

S62.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIA

S62.0

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S62.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

013080400119

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

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

0210710047

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. João Carlos de

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/01/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAS DA EMPRESA

44 - CNIR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CFF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CFF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. João Carlos da Silva

MEDICO

CRM - 10001

CNPJ 145.300.574-20

261810398883-0



Paciente: JAMILHON/ANTONIO DA SILVA Enfermaria/Leito: 1163 Registro: 318889

EVOLUÇÃO CLÍNICA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Data: 08/06/19 Hora: 07:00

HD: Ex. ORTOPEDIA TÍBIA DNR

EM USO DE: ☒ Sintomáticos ☒ Antimicrobianos/Outros

(Do: / / hoje D)	(Do: / / hoje D)	(Do: / / hoje D)
(Do: / / hoje D)	(Do: / / hoje D)	(Do: / / hoje D)

D.E.: ΔPAS: 420 mmHg ΔPAD: 80 mmHg ΔHGT: - mg/dl ΔT: - °C

DADOS ADMISSIONAIS: ☒ Vide Admissão.

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

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

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

PACIENTE EVOLUI:

Com Queixa(s): ☒ Não () Sim Nega demais queixas.
Apresenta melhora clínica do quadro: () Não ☒ Sim
☒ Diurese ☒ Flatos ☒ Evacuações ☒ Aceita Dieta, via Vo
☒ Deambulação

AO EXAME FÍSICO:

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

SNC: ECG: 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, nuca livre. ☒ Sim () Não, alterações.
ACV: RCR2T BNF S/S, FC: normal. ☒ Sim () Não, alterações.
AR: MV+ em AHT S/RA, FR: normal. ☒ Sim () Não, alterações.
ABD: RHA +, percussão normal, depressível, indolor, s/VMG. ☒ Sim () Não, alterações.
EXT: Profundidade, pulsos + e simétricos, pantufas livres. ☒ Sim () Não, alterações.
Exame Ortopédico: ☒ Permanece como anteriormente, sem novas alterações.
() Novas alterações: ☒

EXAMES COMPLEMENTARES: ☒ Sem exames recentes.

Data: / /	05.802.494/0001-41
Data: / /	TRAÇÃO CORRETORA
Data: / /	DE SEGUROS LTDA
Data: / /	31 MAR 2019
Data: / /	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
	Boa Vista - CEP: 50.060-010

CONDUTA:

- 1- Manter vigilância clínica.
- 2- Fornecer ao paciente/acompanhante orientações e explico prognóstico e risco(s) da comorbidade (se houver diagnóstico), como também, de suas respectivas condutas terapêuticas.
- 3- Reforço que todos os procedimentos foram explicados e realizados com consentimento do paciente ou acompanhante responsável.
- 4- Estimulo deambulação com acompanhante (dentro de suas limitações) e/ou mudança de decúbito.
- 5- Deixo prescrição (em anexo).

6- Aguardo exames: ☒ Não () Sim, forneco para: -
7- Solicito exames: ☒ Não () Sim
8- Solicito parecer: ☒ Não () Sim
9- Necessita de declaração de acompanhante: ☒ Não () Sim, forneco para: -
10- Alta Hospitalar: ☒ Não, permanece internado para continuidade terapêutica () Sim. Forneco
Resumo de Alta + Prescrição domiciliar + Orientações + Atestado Médico + Recomendo manter acompanhamento ambulatorial

Assinatura: [Assinatura]
Data: 08/06/2019



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

443-419747

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Adriano Alexandre de Silva REGISTRO Nº 337153

SALA CIRÚRGICA Nº 08 DATA 13/11/2018

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Carlos de Aguiar CIRURGIÃO: Dr. Manoel Roberto de Aguiar

ANESTESIA: Propofol + Fentanil ANESTESIOLOGISTA: Dr. Manoel Roberto de Aguiar

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
1	Oxigênio			1	Aguilha Descartável		
1	Água Destilada			1	Aguilha para Pendura		
1	Atropina			1	Aguilha para Raqui		
	Bupivacaína			1	Aladura Gessada		
02	Cefazolina 1g			1	Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilafrina				Dreno		
	Glicose 50%			06	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
1	Soro Fisiológico			1	Fio de Nylon 2-0		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estríol			10	Gase 7,5x7,5		
02	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi		
1	Amoxicilina 1g			1	Luvas Estéreis 7,0		
1	Amoxicilina 1g			1	Luvas Estéreis 7,5		
1	Amoxicilina 1g			1	Luvas Estéreis 8,0		
1	Amoxicilina 1g			1	Seringa 5ml		
1	Amoxicilina 1g			1	Seringa 10ml		
1	Amoxicilina 1g			1	Seringa 20ml		
1	Amoxicilina 1g			1	Sonda de Foie		
1	Amoxicilina 1g			1	Sonda Endotraqueal		
1	Amoxicilina 1g			1	Sonda Nasogástrica		
1	Amoxicilina 1g			1	Sonda Uretal		
1	Amoxicilina 1g			1	Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

3-1 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Edgner 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

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE CABEÇA DE RÁDIO ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. INSTALADO GARROTE COM MSE
3. ANTISSEPSIA, ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE KOCHER + RETIRADA DE FRAGMENTOS DE CABEÇA DE RÁDIO + REGULARIZAÇÃO DO RÁDIO + LIMPEZA + APOSICIONADO CIMENTO ORTOPEDICO (01 DOSE), INSTALADO PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO
5. REALIZADO REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL LATERAL DO COTOVELO DIREITO
6. REALIZADO TESTES DE ESTABILIZAÇÃO COM RESULTADO SATISFATÓRIO
7. LAVAGEM COM 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 MIT 2019

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

Dr. Felipe Diego V. de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.253 / OAB-PE 30.912





SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

UPA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Almeida da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

317153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1010161061931319171715168

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/07/1983

9 - SEXO

Masculino ☒ 1

Feminino ☐ 2

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

M - Dona da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

11

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

819

381970944

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

819

381970944

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - R. João da Silva, 05 B M de São

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Aracaju

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

551911000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesão cirúrgica do fêmur do membro inferior direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Manutenção da lesão cirúrgica do fêmur do membro inferior direito

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

Radiografia + RM + TC

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do fêmur do membro inferior direito

24 - CID 10 PRINCIPAL

S55.21

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Implante de prótese de fêmur do membro inferior direito

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041980404115

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

ICMS

JCPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

11/106/181

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ORGÃO EMISSOR

PE 05.802.494/0001-41

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261810398716-9

45 - DOCUMENTO

ICMS

JCPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

11/106/181

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



ETETIVA

N 184973

COOPERATIVA DOS MIECROS
AMBIENTES GUSTAVO DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Roberto Almeida da Silva

Prontuário: 317153

Data: 13 / 06 / 18 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de corpo de fêmur esquerdo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar nos superiores de Dr. Leonardo
Campo. Orientado sobre os cuidados
Retorno ao ambulatório de Ortopedia

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
Data: 30-07-18
Hora: 7 horas
Dr.: Dr. Aurelio

Ass: do Médico e CRM
Carimbo



VERSÃO: 15.80

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
 ESPELHO DA AIIH

O.E.: M260190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05/2018

PAG.: 3

DATA: 28/09/2018

Num AIIH: 261010541120-7

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INITIAL

Apresentação: 05/2018

Data Autorização: 20/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M260190001

CRC: 048508206F

Doc autorizador: 98001800372595

Doc recd resp: 204322571060018

Doc diretor clínico: 204322571060003

Doc médico solic: 100612953070003

CNS: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70060693327766-8

Paciente: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Prontuário: 119059

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

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 8322787

Responsável pac.: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

Nome de Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Endereço: RUA SÃO JOSE DA LAJE S. Bairro: MAURICIO DE NASSAU

Papel/Cor: 99-SEM INFORMACAO Emiss: 0000-NAO SE APLICA

Município: 260410 - CARUARU

UF: PE CEP: 55024-000

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

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

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

Diag. principal: S921-FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Complementar:

Caráter atendimento: 01 - ELETIVO

Diag. secundário:

Data internação: 20/04/2018

Data saída: 24/04/2018

Mot saída: 31 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

AIIH Anterior:

AIIH Posterior:

CNPJ do Empregador:

Vínculo Previdência:

CNAER: -

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNS/CNPJ	Autorizar Valor n°	Qtd	Cms	Descrição
1	0408020360	980018003798055 225270(1)		2344254	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
2	0408020360	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
3	0415040035	980018003798055 225270(1)		2344254	1	04/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
4	0415040035	204322571060018 225151(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	9800180284853344 223505		2344254	5	04/2018	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO

CID SECUNDÁRIO

CID	Características	Descrição
V200	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO
Número de Nascidos		
Vivos:	Mortos:	Altas:
Número de Saídas		
Transf.:	Óbitos:	Nº Pré-Natal:

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1998 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo.
 Brasília, DF, 24.08.1998: Seção I, p. 12989, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
 DIRETOR DO HOSPITAL

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE 18.07.18
 Hospital Jesus Pequeno

Ana Amorim
 Inscrição Social
 130964471

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





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



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 095.164.488-97, com
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de

Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Manoel Tostão 3: (Indiamópolis), nº 65,

complemento rua, 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 Alexandre da Silva cujo o condutor era
Adriano Alexandre da Silva.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Biz 125

Ano: 2012

Placa: PFT 7491

Chassi: 9C24C4820DR303697

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)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO
E das Escrianças: 12 - Rua Ferreira da Silva - Caruaru/PE - CEP: 55022-440 - Fone: (81) 3702-4133 - Fax: (81) 3702-2118

Reconheço por autenticidade a firma de **MARIA DAS DORES DA SILVA**; dou fé.
Selo: 0073718.LR010201802.09105
Caruaru/PE, 19/10/2018 14:36:07. Em test. da verdade.
Maria das Dores da Silva
FELITE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,39 Op: 27

Carimbo do J. Oficial
Caruaru - PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018

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



CNPJ 09.769.035/000
INSC. EST. Nº 18.1.001.1

ATELIER: RUA FRANKFURTER 1011 - 00152 - MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
 TEL: (011) 508-3340

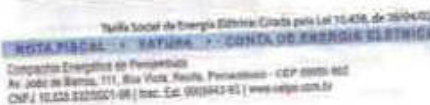
DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 105252672 Set/2018													
JOSILENE FERREIRA MACEDO		PETROPOLIS CARUARU PE 55-032-2													
R. ANTONIO NAV. RO, H. 00729		INSCRIÇÃO: 041.971.170-0.505, 007 GRUPO: 10 DEB, AUTOMÁTICO: 105252672													
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVEL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA												
HIDRÔMETRO A13803-778	DATA LEIT. ANTERIOR 12/09/2018	DATA LEIT. ATUAL 11/10/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA MD												
ÁGUA: LEIT. ANT: 263 CONSUMO: 7 LEIT. ATU: RECORRÊNCIA TAXA M LEIT. FAT: 273															
HISTÓRICO DE CONSUMO															
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS													
		PARÂMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11												
08/2018	07		ANÁLISES REALIZ. A 169												
07/2018	06	TURBIDEZ	169												
06/2018	06	COR APARENTE	169												
05/2018	06	CLORO RESIDUAL	169												
04/2018	06	COLIF. TOTALIS	169												
03/2018	11	E. COLI	169												
MÉDIA: 07		Qualidade da Água: www.campesina.com.br													
OBS.: C/CONDIÇÕES TOTAIS ADEQUADA 95% DAS AMOSTRAS EXATAMENTE C/CONDIÇÕES TOTAIS TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA C/CONDIÇÕES COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)												
ÁGUA															
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		7 M3	41,30												
CONSUMO DE ÁGUA															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>TUBOS</th> <th>VALOR DO CÁLCULO</th> <th>PERCENTUAL (%)</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100</td> <td>41,30</td> <td>1,65</td> <td>0,68</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>41,30</td> <td>7,60</td> <td>3,14</td> </tr> </tbody> </table>				TUBOS	VALOR DO CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	100	41,30	1,65	0,68	100	41,30	7,60	3,14
TUBOS	VALOR DO CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO												
100	41,30	1,65	0,68												
100	41,30	7,60	3,14												
VENCIMENTO: 27/10/2018		TOTAL A PAGAR: 41,30													
MENSAGEM:															

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 מרץ 2018

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





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA SÃO JOSE DA LAGE 555

MAURICIO DE NASCIMENTO
CARVALHO DE
55200-000

CUSTA CONTATO 7001897502
 DATA DE VINCIMENTO 28/10/2018
 MÊS/ANO 10/2018
 DATA PRIMEIRA PAGAMENTO 21/11/2018
 VALOR A PAGAR R\$ 21,03

CPF DO EMPREGADO	CLASSE	EMPREGADO
036303740	UNICA	20/10/2018
INSCRIÇÃO	INSCRIÇÃO	INSCRIÇÃO
000000000	000000000	000000000

	QUANTIDADE	PREÇO UN.	SALDO (R\$)
Consumo Alcatel V400	30.000000	0,54111851	16,23
Atualização Versão V500M11H			1,58
Multa por atraso NF 026861234 - 2003/18			0,38
Multa por atraso NF 026861234 - 21/03/18			0,27
Multa por atraso NF 026861234 - 19/03/18			0,38
Multa por atraso NF 026861234 - 19/03/18			0,73
Juros por atraso NF 026861234 - 21/03/18			0,86
Juros por atraso NF 026861234 - 20/03/18			0,72
Juros por atraso NF 026861234 - 19/03/18			0,57
Atualização V514 NF 026861234 - 21/03/18			0,55
Atualização V514 NF 026861234 - 20/03/18			0,50
Atualização V514 NF 026861234 - 19/03/18			

TOTAL DA FOLHA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ÁGUA FISCAL									
SPIC	TIPO DE FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	SPIC	CONSUMO	ADJ. 1	CONSUMO 2015
2015	2015	18/06/2015	6.154,00	20/10/2015	6.154,00	00	1.100,00		

[illegible]

INFORMACIJSKE VEŠTINE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

31 יוני 2009

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

CATEGORIA	VALOR DE AGENTES (CARGA)	VALOR DE AGENTES (CARGA)	VALOR DE AGENTES (CARGA)	VALOR DE AGENTES (CARGA)	VALOR DE AGENTES (CARGA)	
					VALOR DE AGENTES (CARGA)	VALOR DE AGENTES (CARGA)
AG	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
AG	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
AG	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Fonte: Datas 10/2010. (10/2010 - valor de agentes de trabalho de Engenharia - 10/2010)

CÓDIGO CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7001897802	10/2018	26/10/2018	21,00





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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2018

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

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

Adriano Alexandre da Silva



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

314.046.598.03

Nome completo da vítima:

Adriano Alexandre da Silva

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

Nome completo:

Adriano Alexandre da Silva

CPF:

314.046.598.03

Profissão:

Vigilante

Endereço:

Rua Sarfati da Baixa

Número:

666

Complemento:

LASA

Bairro:

Maurício de Nassau

Cidade:

Caruaru

Estado:

PE

CEP:

55000000

E-mail:

mscedo8F43@gmail.com

Tel.(DDD):

(81) 99907.7180

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3036

CONTA:

00030138

6

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 30 (trinta) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim ☐ Não

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Caruaru 22/10/2018

Nome:

Adriano Alexandre da Silva

CPF:

314.046.598.03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Adriano Alexandre da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Joselene Ferreira

CPF: 54097460404

Josefina Pereira Ferreira

Assinatura

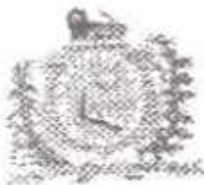
2ª Nome: Joselene Ferreira Moura

CPF: 540974834-34

Joselene Ferreira Moura

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 Nº. **18E2106000664**

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: JOSE ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 19/7/1983
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8322787/SDS/PE (RG), 31404859503 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares: 9197974700

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 OUT 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/4/2018 às 12:50

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: JOSE ALEXANDRE DA SILVA SOBRINHO Data de Nascimento: 19/7/1983 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8322787/SDS/PE (RG), 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: QUIETIA AMÉLIA DA SILVA Pai: JOSÉ VICENTE DA SILVA Data de Nascimento: 24/1/1960 Naturalidade: QUIPAPA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2175346/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Telefones

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 NOV 2019

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



Celulares:

- 8197629644

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA DAS DORES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BC2125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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

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

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DESTA PLANTÃO A PESSOA DA VÍTIMA ONDE NARROU QUE NO DIA E HORÁRIO DO FATO ESTAVA SE DIRIGINDO AO SEU LOCAL DE TRABALHO CONDUZINDO A MOTOCICLETA E INDICANDO NA VIA LOCAL DA BR 104, LOCAL CONHECIDO COMO VIADUTO DO JOÃO MOTA E NAQUELE INSTANTE O SEMÁFORO ESTAVA VERDE, OU SEJA, ABERTO NO SENTIDO QUE A VÍTIMA ESTAVA E CRUZANDO A VIA ESTAVA OUTRA MOTOCICLETA COM REBOQUE CRUZANDO A DITA FAIXA E A VÍTIMA COLIDIU COM AQUELE VEÍCULO ATINGINDO PRINCIPALMENTE O REBOQUE O QUE FEZ A VÍTIMA IR AO SOLO ENTÃO POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DO SAMU QUE MOMENTOS DEPOIS CHEGOU AO LOCAL E FEZ OS PRIMEIROS SOCORROS CONDUZINDO A VÍTIMA ATÉ A UPA 24 HORAS ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 00215958 E DESTA FOI TRANSFERIDO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE RECEBEU O PRONTUÁRIO DE NÚMERO 3171683, ONDE FICOU POR POUCOS DIAS E FOI TRANSFERIDO PARA UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERROS PARA LA SER CIRURGIADO PORÉM POR MOTIVOS DESCONHECIDOS DA VÍTIMA ESSE PROCEDIMENTO NÃO FOI REALIZADO, E RETORNOU PARA O HRA ONDE QUASE DOIS MESES FOI CIRURGIADO NESTA ÚLTIMA UNIDADE HOSPITALAR.

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

Adriano Alexandre da Silva
ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTÔNIO JOSE RIBEIRO SOARES** - Matrícula: 3810045

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 NIV 2019

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



20/07/2020 15:58





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: Adriano Alexandre da Silva CPF: 314.046.598.03
Profissão: vigilante Endereço: Rua Sarfati da Baía Número: 666 Complemento: CASA
Bairro: Mauricio de Nassau Cidade: Caruaru Estado: PE CEP: 55000000
E-mail: cmacedo8F43@gmail.com Tel. (DDD): (81) 99907.7180

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3036 CONTA: 00010138 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: Caruaru 23/10/2018
Nome: Adriano Alexandre da Silva
CPF: 314.046.598.03

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Joselene Pereira Fereira
CPF: 54093460404

Assinatura: Joselene Pereira Fereira

2ª Nome: Joselene Ferreira Macedo
CPF: 540934834-34

Assinatura: Joselene Ferreira Macedo





AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAPITAL DO FORRO
DATA: 22/10/2018 HORA: 09:04:28
TERMINAL: 30161018 CONTROLE: 301610180070

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
17/10	0,06

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

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

MOVIMENTAÇÃO

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

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

Setembro

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

Outubro

02/10	015400	CRED INSS	1,044,470
02/10	020018	SAQUE ATM	1,044,000
05/10	051510	DP DIN LOT	150,000
08/10	061154	SAQUE ATM	150,000
17/10	000000	REM BASICA	0,000

RESUMO EM 19/10

SALDO	0,970
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	0,970
SALDO TOTAL	0,970

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

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



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180515686**
Vítima: **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** 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

Pag. 01965/01966 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13550621



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180515686**

Vítima: **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

Pag. 01189/01190 - carta_01 - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	00/00/0000
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000000010138-6

Nr. da Autenticação E7E8741DD90106A9



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399314/18

Vítima: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

CPF: 314.046.598-03

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2018

Titular do CPF: ADRIANO ALEXANDRE DA SILVA

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



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 MENDONÇA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR.

OUTORGANTE:

NOME: Adriano Alexandre da Silva.

NACIONALIDADE: Brasileiro

ESTADO CIVIL: Casado

PROFISSÃO: Vigilante

IDENTIDADE: 8.322787 SSP PE

CPF: 314.046.598-03

CNH

ENDEREÇO: Rua Srs José de Boye N. 666

BAIRRO: Manoel J. Nassar

CIDADE: Caruaru.

ESTADO: Pernambuco

OUTORGADO:

NOME: JOSILENE FERREIRA MACEDO

NACIONALIDADE: BRASILEIRA.

ESTADO CIVIL: CASADA.

PROFISSÃO: DO LAR

IDENTIDADE: 546858594 SSPSP.

CPF: 540-974-874-34.

CNH

ENDEREÇO: RUA 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.

LOCAL E DATA

19 OUT. 2018

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

ASSINATURA DO OUTORGANTE.

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Bel. ORRÍO TORRÃO

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

Selo: 0073718.SND10201802.09102

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

NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta

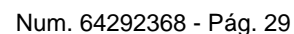
Emol. R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op: 27

Carteira Autenticada em www.traga.com/autenticado


OR AUTENTICIDADE)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



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



compesa
 CNPJ 09.769.035/0001-00
 INSC. EST. Nº 18.1.001.12

ATENDIMENTO: RUA FERNANDEZ DE ALMEIDA, 100 - JARDIM - 01512-000 - SAO PAULO - SP
 ALI. CARUARI. PE-55012-330

DADOS DO CLIENTE
 JOSILENE FERREIRA MACEDO
 R. ANTONIO MARIANO, 11 - CH. 729 - PETROPOLIS, CARUARU, PE 55430-210
 DESCRIÇÃO: 041.971.170-0005 UNO GRUPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 105257672

MATRÍCULA: 105257672 **Set-2018**

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FÁCTVEL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1			

HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (AB)
A138055778	12/09/2018	11/10/2018	HEDIA HD

AGUA:
 LEIT ANT: 263 CONSUMO: 7
 LEIT ATU: RECORRENCA TAXA H
 LEIT FAT: 273

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	M3	PARÂMETROS	MÉDIA DE ANÁLISES		
			EXIG. PORT. (mg/L)	ANÁLISES REALIZ.	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO
06/2018	07	TURBIDEZ	166	169	169
07/2018	06	COR APARENTE	166	169	33
08/2018	06	CLORO RESIDUAL	166	169	169
09/2018	06	CALIF. TOTAL	166	169	165
10/2018	11	COLIFORMES	166	169	169

MÉDIA: 07

Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Obs.: (1) CONDIÇÕES TOTAIS ALPERCELA 95% DAS ANÁLISES EXATINADAS
 (2) OS PARÂMETROS QUE INDICAM TOTAIS, ESPECIFICAMENTE COLIFORMES 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\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	7,165	41,30

TERRITÓRIO	VALOR DE CÁLCULO	PRECATORIAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
Imp. de 10%	41,30	1,65	0,68
Imp. de 10%	41,30	7,60	3,14

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

MESSAGEM:

