

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MANUEL LIMA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180420786**

Vitima: **MANUEL LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: **20/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420786**.

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 13363587





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF de Vítima

234.259.034 - 20

Nome completo da vítima

Manuel Lima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Manuel Lima da Silva	234.259.034-20	AUTÔNOMO
Endereço	Número	Complemento
R. ARQUITETO JOSE GERALDO PAES	1894	CS-3
Bairro	Cidade	Estado
PAU AMARELO	PAULISTA	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	53431-832	(011) 3011 3224

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUIR INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADISCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NÚMERO

1581

DIV

CONTA

NÚMERO

36808

DIV

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NÚMERO

(Informar dígito se existir)

NÚMERO

CONTA

NÚMERO

(Informar dígito se existir)

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

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 B, C

Boa Vista - CEP: 50.000-010

RECIBO Nº 1

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Olinda, 08 de maio de 2018

Lugar e Data

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 B, C
BOA VISTA - CEP: 50.000-010
RECIBO Nº 1
24 JUL 2018
05.802.494/0001-41



05.802.494/0001-41
TRACAP CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2-4 JUL 2018

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

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 021204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

234.259.034 - 20

Nome completo da vítima

Manuel Lima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Manuel Lima da Silva	234.259.034-20	AUTÔNOMO
Endereço	Número	Complemento
R. ARQUITETO JOSE GERALDO PAES	1194	CS-3
Bairro	Estado	CEP
TRAV AMARELO	PE	53431-832
Cidade	Telefone (DDD)	
PAULISTA	(011) 3011 3224	
Email		

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

11 SET 2018

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

Rua da Aurora, At. 15, Sala 101, C. Boa Vista - CEP: 53431-832

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1531

DIV

CONTA

36808

DIV

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ RECIFE-PE

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS

05.802.494/0001-41

Rua da Aurora, At. 15, Sala 101, C. Boa Vista - CEP: 53431-832

Boa Vista - PE

Boa Vista - PE

Boa Vista - PE

Boa Vista - PE

Olinda, 08 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRÊTOKA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, IV 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PEGOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRÊTOKA
DE SEGUROS LTDARua da Aurora, IV 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118004272

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2018 às
10:06**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**
que aconteceu no dia 20/3/2018 às 12:10Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01 - Bairro:**
CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR AGENTE)
JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (OUTRO)
MANUEL LIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a)
MANUEL LIMA DA SILVA

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

MANUEL LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
ALVES DA SILVA PM JOSE LIMA DA SILVA Data de Nascimento: 3/8/1989 Nacionalidade:
GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1922519/999/PE (RG), 22428963426 (CPF)
Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones: Celulares:
- 999919999Endereço Residencial: **RUA ARQUITETO JOSE GERALDO DE CASTRO PAES, 1194, CASA 02**
- CEP: 50000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo:**
Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao**
plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4992 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): MANUEL LIMA DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDJ4992 (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCOOL

Complemento / Observação

O SR. MANUEL LIMA DA SILVA, NOTICOU NESTA 22ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4992 PELA VIA DE ACESSO AO LADO DO SHOPPING NORTH WAY, QUE DEVIDO A BURACOS NA RODOVIA, OUTRA MOTO CONDUZIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, EM ALTA VELOCIDADE, DESVIU EM SUA DIREÇÃO OCASIONANDO A COLISÃO LATERAL. DEVIDO AO IMPACTO A VÍTIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÃO / FRATURA EXPOSTA DO 5º QDE DA MÃO ESQUERDA. O SR. MANUEL LIMA FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UPA DE JD. PAULISTA EM SEQUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS (ATEND. Nº 112364) ONDE RECEBEU TRATAMENTO CIRÚRGICO/ MÉDICO ÍCARO MOLIM - CREMEPE 14646. REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

Manuel Lima da Silva
MANUEL LIMA DA SILVA
(VÍTIMA)



S.O. registrado por ISAAO MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733813

05.802.494/0001-41
TIAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

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

05.802.494/0001-41
TIAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
24 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

27/04/2018 09:52

OS.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



OS.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118004272

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2018 às 10:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)
 que aconteceu no dia 20/3/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR AGENTE)
 JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (OUTRO)
 MANUEL LIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MANUEL LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIA ALVES DA SILVA Pai: JOSE LIMA DA SILVA Data de Nascimento: 3/8/1988 Nacionalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1322219/998/PE (RG), 23428983429 (CPF)
 Profissão: **VENDEDOR(A)** Telefones: Celulares:
 - 3555-19989

Endereço Residencial: **RUA ARQUITETO JOSE GERALDO DE CASTRO PAES, 1124, CASA 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

OS.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

27/04/2018 09:52

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

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

MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4982 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANUEL LIMA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ-4982 (PERNAMBUCO/PAULISTA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. MANUEL LIMA DA SILVA, NOTICIUO NESTA 2ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4982 PELA VIA DE ACESSO AO LADO DO SHOPPING NORTH WAY, QUE DEVIDO A BURACOS NA RODOVIA, OUTRA MOTO CONDUZIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, EM ALTA VELOCIDADE, DESVIU EM SUA DIREÇÃO OCASIONANDO A COLISÃO LATERAL. DEVIDO AO IMPACTO A VÍTIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÃO / FRATURA EXPOSTA DO 2º QDR DA MÃO ESQUERDA. O SR. MANUEL LIMA FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UPA DE JD. PAULISTA EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS (ATEND. Nº 112284) ONDE RECEBEU TRATAMENTO CIRÚRGICO/ MÉDICO ÍCARO MOLIN - CRENEPE 20606. REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

Manuel Lima da Silva
MANUEL LIMA DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por **ISABO MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2733813**

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MANUEL LIMA DA SILVA

CPF da Vítima

234.259.034-20

Data do Acidente

20.03.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Telefone (DDD)

E-mail

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-030

RECIBO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MANUEL LIMA DA SILVA

CPF da Vítima

234.259.034-20

Data do Acidente

20.03.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Manuel Lima da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data

Olinda, 06 de maio de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	8431669
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	8431669

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
MANUEL LIMA DA SILVA	113354			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
705406682094787	03/09/1960	☒ M ☐ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ANTONIA ALVES DA SILVA	8198667093			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
JOAO PAULO SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
ARQUITETO GERALDO PAES, 1194 - PAU AMARELO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
PAULISTA	281070	PE	53433665	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sinais Clínicos
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 5ª QDE MAIS DOR EM TNZ
21 - Condições que justificam a internação
PACIENTE CIRÚRGICO
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RAO X
23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA EXPOSTA DE 5ª QDE
24 - CID 10 Principal
S626
25 - CID 10 Secundário
W000
26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-PALANGEANA	040806038		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	OO CNS () CPF	88001628722231
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
FILÍPE MACIEL BELFORT CAMPOS	20/03/2018	Dr. Filipe Maciel Belfort Campos Médico CREMERPE 25560 18099	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajetos	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
49 - Documento	50 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
51 - Data da Autorização	52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810158125-0

Código do Laudo: 421115

Atendimento: 421115

Senha da Classificação:

0022

Data e Hora: 20/03/2018 13:43

Paciente: 113354 MANUEL LIMA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1960 Idade: 57 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANTONIA ALVES DA SILVA

Nome do Pai: JOSE LIMA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ARQUITETO GERALDO PAES - CASA 3

1194

Bairro: PAU AMARELO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 14:50h

Queixa Principal

Dor + sangramento no 5º QVE + dor no TNZ (E) após colisão moto. há 04 horas. Nega alergias ou DM2. HAS (+). Locomotor. Terminado (E)

Exame Físico

ExB, consciente, orientado, apneico.

PE: ferimento sangrante e rasgado no 5º QV.

TNE: Edema no TNZ (E) por a rotação lateral de Y.

Terminado (E)

Hipótese Diagnóstico

Ferimento extenso no 5º QVE? Ex exposto no 5º QVE? Entorse no TNZ (E)

Prescrição Médica

Sol. RhoGAM + TNZ + WAO (E)

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

(X) Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL LIMA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000036808-8

Nr. da Autenticação 8022F11D8DA44EEB



Nota Fiscal de Energia (Nota Fiscal de Luz) 15.000,00 de Energia
NOTA FISCAL DE ENERGIA - SISTEMA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-010
CNPJ 06.824.494/0001-41 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MARCEL LIMA DA SILVA

ENDERÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ARQUITETO JOSE GERALDO PAES
1154 CS-3 COND. RESIDENCIAL

N 5A DO QD VIL AMARELO
PALLISTA PE
53431-832

CPF: 254.259.054-30

CLASSIFICAÇÃO

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTESIA

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
05/2018	12/05/2018
DATA DE RECEBIMENTO	12/05/2018
TOTAL A PAGAR	575,22

Consumo (kWh)
Adicional Bateria AMARELA
Contribuição Iluminação Pública
CND Substituição CND-AP 00004404 130518
Multa por atraso AP 00004404 - 130518
Juros por atraso AP 00004404 - 130518
Atualização CND-AP 00004404 - 130518

DESCRIÇÃO	VALOR
427.000000	575,22
5.750001	575,22
	3,30
	37,18
	3,38
	8,12
	8,12
	8,81

TOTAL DA FATURA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/04/2018	01/04/2018	11052018
01/05/2018	01/05/2018	572228

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
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
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

3011 3227

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254/34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Uma da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 234.259.034/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Manuel Uma da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 234.259.034/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Fernandes Vieira</u>	Número <u>21</u>	Complemento <u>CS-B</u>
Bairro <u>Ed. Atlântico</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>
Telefone comercial(DDD) <u>(81) 3011 3224</u>		CEP <u>53140-300</u>
Telefone celular (DDD)		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE
DL DEL.001 V001/2017

Olinda, 08 de maio de 2018

Local e Data

Renato Mangabeira dos Santos
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/doc/original.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Mangabeira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254/34,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Uma da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 234.259.034/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima
Manuel Uma da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 234.259.034/20, conforme
determinação da Circular Susep 445/12: 05.802.494/0001-41

☐ Declaro Profissão: TRACÇÃO CORRETORA e apresento os documentos comprobatórios:
DE SEGUROS LTDA

☒ Recuso informar
11 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 53060-010
RECIFE - PE
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Fernandes Vieira</u>		Número <u>21</u>	Complemento <u>CS-B</u>
Bairro <u>Boa Vista</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53140-300</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3011 3224</u>		Telefone celular (DDD)	

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP 53060-010
RECIFE - PE
01.081.001 V001/2017

Olinda 08 de maio de 2019
Local e Data

Renato Mangabeira dos Santos
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP 53060-010
RECIFE - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Janete de Sousa Santos Pereira
 RG nº 6394788 data de expedição 1/1/
 Órgão SSP PE portador do CPF nº 67003664534 com
 domicílio na cidade de Paulista no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Calumbi nº 64.
 complemento Casa 03, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Manuel Rino de Aguiar cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: Ronda/CG 150 TITAN EX
 Ano: 2015 PPS 4908
 Placa: 9C2KC1660FRS/2956
 Chassi: 20/03/18
 Data do Acidente: 03 maio 2018
 Local e Data: Paulista, 03 maio 2018

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

Janete de Sousa Santos Pereira
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

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

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

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

BOLETO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
 Rua do Comércio, 100 - Centro - Recife - PE
 Tel: (0800) 080 080 - Fax: (0800) 080 080
 www.tpe.jus.br/seladigital 0577552-JTH04201802.02905

Recebido por autenticidade a firma JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA
 Doc. fe. Paulista/PE, 08/05/2018 15:15:28. Enol.: R\$ 3,51; TST: R\$
 0,30; FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,06. Op. 216, IVA CAROLINA DA COSTA
 GILMA - Escrevente. Consulte autenticidade em
 www.tpe.jus.br/seladigital 0577552-JTH04201802.02905

AA188762



05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

11 SET 2018

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

RECIFE-PE

Nº Atendimento:

588745

Nome:

Manuel Lima de Silva

Foi atendido às

12:35

hs do dia

20/03/18

Diagnóstico Provável:

Fat 18 pnts per
and a square

Tratamento Realizado:

Unctio + ser com che
pinto co o to proente (HMA)

Observação:

Cópia de:

Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 00039744/0005-18 TEL: (81) 3164-4255

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem Resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece Comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE GRAVE

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na Fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume dos Fluidos Infundido: _____

Outras condutas: _____

Intercorrências: _____

INTERCORRÊNCIAS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

11 SET 2019

Médico da Liberação do Paciente

acompanhamento médico: () SIM () NÃO

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 421179

Usuário: JOSAFAXA

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MANUEL LIMA DA SILVA

Idade: 57a 6m 15d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 113354

Data de Nascimento: 3/9/1960

Profissão:

Escolaridade:

Telefone:

CEP 53433665

R.G.: 1922519

C.P.F.: 23425903420

1194 - PAU AMARELO

- PAULISTA

- PE

Endereço: ARQUITETO GERALDO PAES

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 20/3/2018 18:16

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-EXTRA

Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

- Número:

Cidade:

Estado civil:

Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 21/03/18

Hora da Alta: _____

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boa Comunicação Clínica

Diagnóstico Principal.....: Ex. Febre no Mto S.º DPE

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Lavagem + Antibiótico

REVISADO
CCIH-HMA

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Dr. Igor Alcencor
CRM-PE 26.448

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 20 de Março de 2018

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

11 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MANUEL LIMA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	113354
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia	
705406652094787	03/03/1960	Masculino	41 03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ANTONIA ALVES DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198667093
13 - Nome Responsável	JOAO PAULO SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	ARQUITETO GERALDO PAES, 1194 - PAU AMARELO			16 - UF	19 - CEP
PAULISTA	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP 50.000-010 RECIFE-PE 281070			PE	53433665

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 8ª QDE MAIS DOR EM TNZ		
21 - Condições que justificam a internação	PACIENTE CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	EXAME FÍSICO E RAIOS X		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	FRATURA EXPOSTA DE 8ª QDE		
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas	
S625	W000		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA			28 - Código do Procedimento	0408060838
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016287222331		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			
FILIPPE MACIEL BELFORT CAMPOS	20/03/2018	DR. Felipe Maciel Belfort Campos CRM-PE 25500 18099			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810158125-0

Código do Laudo: 421115

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MANUEL LIMA DA SILVA REG: 113354

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
20/3/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS +	# ADMISSÃO
DM- ALERG-	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-MOTO COM FRATURA EXPOSTA EM 5º QDE E DOR EM TNZ E.
17:30	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO AFEBRIL
	EX. FISICO:
	SANGRAMENTO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º QDE
	DOR EM TNZ E
	HD: FX EXPOSTA DE 5º QDE
	CD: INTERNAMENTO

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

Dr. Igor Alcântara
Médico
CREMEPE 24446

05.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

21.07.18

507#

Paciente chegou no 1º DP do CO
com fratura exposta + dor intensa no membro
inferior direito.

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 SET 2019

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

Paciente vem em B.O.B. anterior
com fratura no 5º QDE.
CD: - Alta Hospitalar.

- Manter Tala Splint ok no 5º QDE
- Sob observação de enfermeiro

Dr. Igor Alcântara
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 20.446

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/03/2018 13:37



Nome Paciente: MANUEL LIMA DA SILVA
Cód. Paciente: 113354
Data de Nascimento: 03/09/1960
Sexo: Masculino
Idade: 57
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 421115
SAME: 100534

Período: 20/03/2018 14:04 - 20/03/2018 14:11

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA SENHA 5387483, CONCS, ORIENT, EUPNEICO, TRAUMA 5° QDE COM FRATURA EXPOSTA APOS COLISAO MOTO - MOTO. REFERE DOR MIE
HD: FRATURA EXPOSTA 5° QDE.

Observação: REFERE HAS, NEGA DM.

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

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

REVISADO
NEPI-HMA

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

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (✓)

Local
Enfermeiro

Luciano de Freitas e Silva
COREN-PE 253220-ENF

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/03/2018 14:11

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 48636
Paciente: 113354
Convênio Atend.: 1
Leito: 800
Dt. Início: 20/03/2018 22:32
Cid Pré-Operatório: S626
Cid Pós-Operatório: S626

Sala: 0003 SALA 03
MANUEL LIMA DA SILVA
SUS - INTERNAÇÃO
VERD2-EXTRA
Dt. Fim: 20/03/2018 23:28
FRATURA DE OUTROS DEDOS
FRATURA DE OUTROS DEDOS

Atendimento: 421179
Carteira:
Idade: 57 Anos 17 Dias 22 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035
Convênio: 001
Anestesia: 42

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNAÇÃO
LOCAL

Equipe Médica

URGIAO

14356 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 6º DDE
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO
OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: NANE
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. OBSERVO IMPORTANTE LESÃO DE PARTES MOLES EM 6º DDE
5. REALIZADO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9%
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO
7. SUTURA COM NYLON 3.0
8. CURATIVO
9. TALA SPLINT

3S: IMPORTANTE LESÃO DE PARTES MOLES, VIGIAR PERFUSÃO E GRANDE RISCO DE NECROSE.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Pedro Cunha
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
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
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
DR(A): FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM: 14356

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem Resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece Comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE GRAVE
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na Fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização da Cabeça: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FlO2: _____

Reanimação Cardiorpulmonar: S() N()

RA: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume dos Fluidos Infundidos: _____

Outras condutas: _____

Intervenções: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Rio Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



RECEITUÁRIO

LAUDOS MEDICOS

MANOEL LUIZ DA SILVA

Paciente vítima de fratura
exposta de F3 de 5º GDD com
ferimento extenso em palma digital
de 5º GDD em tratamento desde
20/03/18 apresentando de fratura
de flexão de 5º GDD e deformação
circunscrita com 3 distal de 5º GDD
com mineração de ferimento na região
de palma digital

CR0 5611 + 5626 + 5663

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bos Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bos Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Paulo Roberto L. de
Oliveira
18/07/18

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/3/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/3/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MANUEL Lima DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta (Acidente de Motocicleta), da F3 da 5ª de dedo da mão esquerda, CI lesão da aponeurose flexora + lesão de VENE DIGITAL	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): 1º Paciente submetido a CIRURGIA (lavagem + desbridamento + fixação da 5ª de dedo (fratura) + Imobilização CITA Gessada. Paciente submetido a fisioterapia (20 Sessões)	
ALTA MÉDICA?	☒ SIM ☐ NÃO
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM ☒ NÃO
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Fratura exposta, CI lesão de VENE DIGITAL,
2ª Lesão da 5ª de dedo + lesão da aponeurose flexora +
3ª lesão da 5ª de dedo + lesão da CI de articulação
4ª Permanente. (Sequela + FOTC) da mão esquerda
5ª 5ª de dedo - Fratura exposta CI lesão de VENE DIGITAL

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 6/9/2018 A 6/9/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

6/9/2018 Rolo

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

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

WELLS

1 100073494

LANE DE VAGAS PARA O TRABALHO

RAJINIKANTH

10-15-80 1-056

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

DATE: 10/28/2010 TIME: 10:00 AM

CAPITULATION	CATHOLIC	CHAMPA
AUGUST 1964	PARTIC	VINYL ROTARY

1968 VOLVO 460 GLEDE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE PUNTE OBLIGATORIO /
FORMATO PARA TRANSFERENCIA

11/11/11

ANDREW JACKSON

100

CONTINUED

11 SET 2018

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

[illegible]

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRIGIDA
DESEMPENHO
2 JUN 2015 15:00:00
RUA DE ABRIL, 15, 902-902
BOA VISTA, BOA VISTA, 68010-000

A Seguradora Lider

Venho demonstrar minha enorme insatisfação, pois foi solicitado por parte da seguradora Lider uma documentação existente no processo, a documentação médico hospitalar que informa minha lesão, porém consegui um laudo atualizado para que fosse feita uma reanálise do meu processo. Desde já, agradeço a compreensão e espero que seja atendido conforme tenho direito, com a liberação da minha pericia.

Olinda- PE, 19 de julho de 2018.

MANUEL LIMA DA SILVA

Sinistro: 3180/268123

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420786

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANUEL LIMA DA SILVA

Data do acidente: 20/03/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL LIMA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 1.922.519.558-86 CPF: 234.259.034.20
End: RUA: ARQUITETO JOSÉ GERALDO CASTRO RAZ Nº 1194 P-3,
Paulista - Paulista/PE.

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Manuel Lima da Silva

PAULISTA .03 de ABRIL de 2018.

Manuel Lima da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Rua Manoel Floriano, Petrolina, PE - CEP 55011-450 - Pólo I PE - Fone: (81) 3010-0201

NOTAR: Escrituras, Atos Notariais, Testamentos, Protestos, Reconhecimento de Firma, Leilões, Autenticações, ETC.
Assessoria Geral de Imóveis e ETC.

Reconheço por autenticidade a firma MANUEL LIMA DA SILVA; Dou fé.
Paulista/PE, 03/04/2018 09:23:23. Emol.: R\$ 3,51; TMR: R\$ 0,80;
FERC: R\$ 0,40; ISS: R\$ 0,08. Op. 216. ANA CAROLINA DA COSTA SILVA
- Escrevente. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/seiodigital
0077552.GET03201802.01284

AA170408

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL LIMA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 1.922.519 558-RE CPF: 234.259.034-20
End: RUA: ARQUITETO JOSÉ GERALDO GASTRO 8A2 Nº 1194 P-3

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Manuel Lima da Silva

PAULISTA . 03 de ABRIL de 2018.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

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

Manuel Lima da Silva
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Dr. Paulo de Oliveira Campos - Notário e Registrador

Reconheço por autenticidade a firma MANUEL LIMA DA SILVA, do-fo-
Paulista/PE, 03/04/2018 09:23:23. Ecol.: R\$ 5,314 19R: R\$ 0,301
19PC: R\$ 0,401 19S: R\$ 0,08. Op. 216, sem CANCELAMENTO DA CUSTA SILVA
Escritura. Consulte autenticidade em: www.tjpe.br/selodigital
0077502.0E703201802.01204

AA170288

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bom Futuro - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL LIMA DA SILVA CPF: 234.259.034.20
RG/CNH/CTPS: 1.922.519.558-8E
End: PRAÇA ARQUITETO JOSÉ GERALDO CASTRO RA2 Nº 1194 E-3

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS CPF: 055.382.254-37
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE

End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE. 11 SET 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: Manuel Lima da Silva

PAULISTA, 03 de ABRIL de 2018

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

Manuel Lima da Silva
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Rua Paulo de Vasconcelos Campos - Recife e Registrador

Cartão Notário - Documento Notarial
Procuração, Cartão de Registro de Imóveis,
Cartão de Registro de Títulos e Documentos, etc.

Reconheço por autenticidade a firma MANUEL LIMA DA SILVA, de 44
anos, solteiro, brasileiro, RG: 1.922.519.558-8E, CPF: 234.259.034.20,
RG: 0.40; ISS: RG: 0.08, Op. 216, JANA CAROLINA DA COSTA SOUZA,
Escrevente. Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/nucleos/ata
0077002.0E703201802.01284

AA170285

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331610/18

Vítima: MANUEL LIMA DA SILVA

CPF: 234.259.034-20

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANUEL LIMA 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
Outros

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

MANUEL LIMA DA SILVA : 234.259.034-20

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: 11/09/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho