



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1396 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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=29633>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 de profissão e da fonte 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Dicas Vinícius Maia Seguradora

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 076.411.374-180, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Carlos Batista Alves Inscrito (a) no CPF sob o N104.751.504-06  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos Batista Alves

Inscrito (a) no CPF sob o N104.751.504-06, 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 à Seguradora Lider-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. 292 do Código Penal.

Enderes:	<u>Pl. Fernandes Lima</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>	
Bairro:	<u>ed. Atlântico</u>	Cidade:	<u>Milão</u>	Estado:	<u>PE</u>	
Email:	<u>MEASSSESSORIA.PENAL@OUTLOOK.COM.BR</u>				CEP:	<u>53140-300</u>
					Tel.(DDD):	<u>(81) 3011-3224</u>

Local e Data: Milão, 21.08.2019

  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 AGO 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C  
Bos Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº do atendimento 473818	Data e Hora do Atendimento 24/03/2019 11:51	Prontuário LAVITE 000118322 - 315759-8	Local de Entrada SPA
-----------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------------	-------------------------

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: JOAO CARLOS BATISTA ALVES	Nascimento: 24/06/1949	Idade: 69	Sexo: Masculino	Cor: Branca
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MUSICO	Naturalidade:	Nacionalidade: Brasileiro	
Documento:	Filiação: LUZIA RODRIGUES ALVES ARLINDO ALVES		Documento do Titular:	32557302449

Enderço (Av., Rua, etc):	RUA	41	Complemento:	
Bairro:	Cidade: ALTA FLORESTA D'OESTE	UF: RO	Telefone:	

Acompanhante: ELIANE DA SILVA ALVES- ESPOSA/984041678	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------

Ocorrência:	Modo de Transporte:	
-------------	---------------------	--

Dados da triagem		
------------------	--	--

CLÍNICA MÉDICA:		
-----------------	--	--

PACIENTE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DOR NO TÓRAX, FRATURA NO MID

ALERGIAS: NEGA

HAS: +

DM: NEGA

PA: 108 X 83 MMHG

HGT: 118

SPO2:90

FC: 88

HORARIO: 11:56

PACIENTE SOFREU ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, DOR NO TÓRAX, FRATURA NO MID  
ESTÁ CONSCIENTE, REAGENTE, REAGULADA, NENHUMA ALTERAÇÃO FÍSICA, MSA E MIE.

Atendimento Médico:		
---------------------	--	--

Data: 11	Hora:	Médico:	CRM: 1
----------	-------	---------	--------

Queixa Principal:	
-------------------	--

HDA: -Paciente com dor no tórax e dor no mid Repondo bem no mid mas não nos	Decora + ou desenho
--------------------------------------------------------------------------------	------------------------

Exame físico:	
---------------	--

A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: °
----------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	----------

PEZ, WLC, MVC

B: Respiratório	
-----------------	--

C: Circulatório	PA: x mm Hg	Pulso: bpm	05.802.494/0001-41
-----------------	-------------	------------	--------------------

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Glasgow: Abertura Ocular Escala: Horn:	Glasgow: Resposta Verbal Escala: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escala: Hora:
----------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------

Glasgow 13

Pupilas 1CFR

Rua da Aurora, 16 175, 51.902-010  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

E. Abdômen *Perito, Interno*  
Aionajá em Fase E

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

① Mio - Z TOMZ PA + MZD

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

-) x i. Cetoform

COMIAT ① Cetoform Cor SF 0,5, (2x)  
② Cetoform 2 g

*Francisco D. Borborema*  
Ass. Médico + Carimbos

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

③ Fluobuzumí Cetoform ④  
+ Ativo amar

Ass. Enfermeira + Carim

④ Neuriso infecções respiratórias

(Unhares - furunculose GRPOSTA PÉ ⑤)

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a pedido  Evadu-se

Condição da Alta:

Curado  Melhorad

Transferido para:

Inalterado  Piorado

Internado na Clínica:

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

#### Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: 24/03/2019

Nome Completo Legível: *Patrícia da Silva Alves*

Nº da Identidade:

Assinatura: *Patrícia da Silva Alves*

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/03/2019

Ida da Autora, N° 175, S/ 902 BL  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920		
PLANO: SASSEPE					
DATA DA CIRURGIA		25/03/2019	INICIO	TERMINO	
CIRURGIAO		ORLANDO FRADE	1 AUXILIAR	THIAGO LIMA	
ANESTESISTA	JULIANA	INSTRUMENTADOR	CARLOS		

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA + FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO + RADIOSCOPIA
EXAME RADIODIAGNÓSTICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + 01 FIO DE KIRSCHNER
MATERIAL DE SALA	ATADURAS DE CREPE DE 15CM + GAZES + COMPRESSAS + NYLON

## DESCRICAÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
  - 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
  - 3- VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAHES
  - 4- MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO
  - 5- APOSIÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER EM FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
  - 6- LIMPEZA COM SFO,9%
  - 7- CURATIVO
  - 8- Á SR

09/04/19

Jackellyn Carreiro  
Entomologist  
UFSC  
Curitiba - PR

CRM-P-2724/TB00801093  
CRM-P-2724/TB00801093

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 167 718

Rua da Aurora, 109 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
REC/CEP/RS

NOME João Carlos Batista Alves

REG.: \_\_\_\_\_

DATA	
26/03/19	# Trauma #
	<u>Histórico:</u> 1º DPO do fixador externo de tibia + osteossíntese de fratura de metatarso. Paciente estável, sem alterações celopopláxicas ao exame. Nega febre. Igreja abertas e anamnese negativa.
	<u>Exame:</u> EGB, sanguíneo, referido ao trauma. TO: limpa, sem lesões. ex: Marca
	Dr. Orlando Soeiro Jr Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 21164 / EOT: 15711

27.03.19

"curativos"

Paciente evoluiu nos 2º DPO - do fixador externo de tibia + osteossíntese de fratura de metatarso, perde operatória limpa, MIC com escorições húmidas e gengivais - mas exorcições com purulon, rúmex e curativos com: os compressas de gaze, 0,2 SF 0,9% 100 ml, os transfusões, os ataduras 15cm, 30 cm de micropore, o par de luva estéril e o par de luva de procedimento.

Danielle Soeiro  
Estagiária  
05.802.494-0002-01  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

28 AGO 2018

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



## RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
<b>PLANO: SASSEPE</b>			

DATA DA CIRURGIA	03/04/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE
ANESTESISTA	THOMAZ	INSTRUMENTADOR	DENIS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOMIELITE DO PÉ ESQUERDO+ DESBRIDAMENTO
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	NÃO
MATERIAL ESPECIAL	NÃO
MATERIAL DE SALA	06 GAZES NÃO ADERENTE ADAPITIC+ 15 COMPRESSAS+01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE

## DESCRÍÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- VISUALIZAÇÃO DE INFECÇÃO DO PÉ ESQUERDO COM TECIDOS NECRÓTICOS E SECREÇÃO SERO-HEMÁTICA
- 4- DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- 5- LAVAGEM EXAUXTIVA COM SFO,9%
- 6- VISUALIZAÇÃO DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA
- 7- CURATIVO COM GAZE NÃO ADERENTE
- 8- Á SR

OBSERVAÇÃO: SOLICITADO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA PLÁSTICA

Dr. Thiago Lima

Ortopedista/Trumatologista

TEOT 13446-CRM 17891

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/04/2019

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

## RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES PLANO: SASSEPE	REGISTRO	949921
------	---------------------------------------------	----------	--------

DATA DA CIRURGIA	08/05/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA GRAVE DO PÉ ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PÉ+DESBRIDAMENTO+RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	NÃO
MATERIAL DE SALA	COMPRESSAS + 01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE+ ALGODÃO ORTOPÉDICO

## DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- CORREÇÃO DE ROTAÇÃO DA Perna ESQUERDA
- 4- DESBRIDAMENTO DO PÉ ESQUERDO
- 5- RETIRADA DE FIOS INTRA-ÓSSEOS
- 6- LAVAGEM EXAUSTIVA COM SÓDIO 0,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS
- 8- CURATIVO
- 9- Á SR

*Dr. Thiago Lima*  
Ortopedista/Traumatologista  
TEOT 13449-CRM 17991

05.802.494/0001-41  
TRABALHO CORRETORA  
DE SEGUROS CDA  
23 MAI 2019  
Av. da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

## RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
<b>PLANO: SASSEPE</b>			

DATA DA CIRURGIA	25/03/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	ORLANDO FRADE	1 AUXILIAR	THIAGO LIMA
ANESTESISTA	JULIANA	INSTRUMENTADOR	CARLOS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA + FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + FIXAÇÃO EXTERNA DA TÍBIA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO + RADIOSCOPIA
EXAME RADIODIAGNÓSTICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + 01 FIO DE KIRSCHNER
MATERIAL DE SALA	ATADURAS DE CREPE DE 15CM + GAZES + COMPRESSAS + NYLON

## DESCRICAÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 4- MONTAGEM DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELA ESQUERDO
- 5- APOSIÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER EM FRATURA DO 5º METATARSO ESQUERDO
- 6- LIMPEZA COM SPO,9%
- 7- CURATIVO
- 8- Á SR

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - REG 1264 TEOT 15711

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA  
23/03/2019  
Praça da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC  
Boca Vista - CEP: 50.060-010  
M/C/PE

## RELATORIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949920
<b>PLANO: SASSEPE</b>			

DATA DA CIRURGIA	24/04/2019	INICIO	TERMINO
CIRURGIAO	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FREDE
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TÍBIA + LESÃO LIGAMENTAR+ARTROTOMIA+TENÓLISE+RADIOSCOPIA
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	SIM
MATERIAL ESPECIAL	01 PLACA LCP ANATÔMICA MEDIAL DE TÍBIA DISTAL + 03 PARAFUSO CORTICAL+ 07 PARAFUSO DE BLOQUEIO+02 FIO GUIA
MATERIAL DE SALA	COMPRESSAS+01 MALHA TUBULAR+ ATADURAS DE CREPE

## DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA TIPO RAQUEANESTESIA
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE
- 3- INCISÃO MEDIAL DA Perna ESQUERDA EM PONTE
- 4- COLOCAÇÃO DE PLACA LCP ANATÔMICA DE TÍBIA DISTAL EM PONTE
- 5- BLOQUEIO COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS , 07 PARAFUSOS BLOQUEADOS E 02 FIOS GUIAS(REMovidOS)
- 6- LAVAGEM EXAUSTIVA COM COM SFO,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS
- 8- CURATIVO
- 9- Á SR

28/05/19

Jackellyne Carozzo  
Enfermeira Coordenadora de  
CPME Sassepe  
Corm 000.001

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista/traumatologista  
TEOT 13448-CRM 17991

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23/05/2019  
Avda da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECET-4F

14/04/19

→ Trauma #

H.D.: AS mesmas

Paciente estava sem queixas alguma no momento. O mesmo refere trauma de 21/03/2018 em seu DIND DE SCHANZ DO 1º MTR ESCALADO com SOLUÇÃO DO MESMO HJ COROA DE 24h. Prazo grande eficaz da torneada que ACESSO ESTABILIZANTE Foi SEM ELONGADO, DISCUTO CASO COM GOMBO DO TRAUMA E DECIDA POR MANTENÇÃO DA FIXAÇÃO FRAVOSA ATÉ QUE O PACIENTE POSSUA CONDIÇÕES DE PUXAR MOLHO PARA CIRURGIA E O ELONGADOR PODE SER ELIMINADO AO EXAME: EGD, SURRECO, AFEVR NÓ TUDO. SE: creatina com 1.000

CD: ① TERRÍA HIPERBÁRICA

② CIRURGIA COM ANESTÉSICO DIAFRÓ

③ MANTENHO MELHORADA CIRURGIA.

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE/1234 TEOT:15711

↑ nutrição #

14/04/19

Paciente segue estável, acomodado, relata não sentindo da diária V.O e era evacuado. → Sem intercorrências;

cp - Manti da

14/04/19

→ Trauma #

H.D.: AS mesmas

Paciente estava sem queixas no momento. Ao exame: EGD ELONGADO, APARECI LO TRAUMA /0001-10 UG-002-4747 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LIGA

CD: Manti da

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE/1234 TEOT:15711

23 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 9028-000  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RPPF/PE



TAG  
medic

## AUTORIZAÇÃO DE FATURAMENTO

Nº 3795

Paciente: José Carlos Batista Alves

Hospital: D'Aniela

Prontuário: 94.999.1

Médico: Friego Síma

CRM

Convênio: IRH

Data da Cirurgia: 17/04/19

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista / Reumatologista  
TEOT 13440 - CRM-M 177991

Visto / Assinatura do Médico

852.494/0001-41

#### ENSAIO CORRETOR

DESEGURIDAD

23 Nov 2019

TAG MEDIC  
CNPJ (M.F.): 11.886.145/0001-39 - Insc. Est.: 0397477-43  
Rua Francisco Alves,325 - Sala 1405 - Ilha do Leite - Recife - PE  
Fone: (81) 3034.3800 - Fax: (81) 3034.3801  
[www.tagmedic.com.br](http://www.tagmedic.com.br) - [tagmedic@tagmedic.com.br](mailto:tagmedic@tagmedic.com.br)

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E EQUIPE

Nome do Paciente: Jacó carlos Registro:

Cirurgia: Frac. de cotovelo + ret Fx ext Ramo

Cirurgião: Thiago Lima

Anestesista: Juliane Vile

Tipo de Anestesia: General + Bloq.

## DROGAS USADAS E DOSES

Anestésicos: Ropivacaína 200mg Dobutam 6mg  
Fentanil 200mcg  
Troponio 80mg - Brichion 150mg  
midazolam 3mg

Soluções infundidas (Tipo e Volume)

1000ml SFL500 DF

Atologias Prévias e Medicações em uso:

HAS  
DM

## PARÂMETROS NA SAÍDA DA SO E EVOLUÇÃO NA SRPA:

Hora	H: Saída SO	H: Saída SO	H: 17:30	H: 18:15	H: —	H: —	H: —	H: Saída SO
PA	120/60	127X82		135X86				
SPO2	96%	100		96				
Consciência	2	2		2				
Atividade	2	2		2				
Respiração	2	2		2				
Freq. Resp.	—	—		2				
Diurese	+	—		—				
Aval. Numér. Dor.	—	—		—				
Freq. Cardíaca	100	83		80				
Aval. Numér. Dor.	+	+		—				
Temperatura	—	—		—				

Evolução Médica e Intercorrências na SRPA: Reaparecer dor na perna - feito enq durante IVRelata dor forte z Tramal/NauxedronPrescrição Médica na SRPA: X Instalar com 02 contínuo: início 02-201min (sal 02-1928) h Término \_\_\_\_\_ hCondições de Alta / Escore Alldredge e Kroulik modificado (10)

Alta Médica da SRPA:

Data: 17/04/19 Hora: 18H45 Destino: \_\_\_\_\_

Médico: Nome \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_ Ass: \_\_\_\_\_

Dr. Sérgio Rocha  
Anestesiologista  
CRM - PE 13729

ESCALA DE ALDRIDGE E KROULIK modificada

Item	Nota	Item	Nota		
Atividade	Move 4 membros Move 2 membros Move 0 Membros	2	Circulação (PA) SpO2	+20% Nível pré-anestésico +20% a 49% Nível pré-anestésico +50% Nível pré-anestésico Mantém SpO2>92% em ar ambiente Mantém SpO2>90% com O2 1L/min Mantém SpO2>90% com O2 1L/min CORRETORA DE SEGUROS LTDA	2 1 0 2 1 0
Respiração	Profunda, tosse limitada, Dispnéia Apnáia	2 1 0			
Consciência	Completamente acordado Despertando ao chamado Não responde ao chamado	2 1 0			

23/04/2019

NOME: João Carlos Barista Alves

REG.: \_\_\_\_\_

DATA

11/04/19

# Trauma

MD: #1 Fratura do úbere (Fixador externo)

#2 Fratura exposta do 5º MTT esquerdo

#3 Extenso ferimento (Tecido hiperêmico)

Paciente entrou sem reação no momento

AO exame: GOS, eutanásico, AOFNL do topo

SD: Mortal

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 21264 TEOT: 15711  
CRM-PE 10000

12/04/19 Socute realizado o RASS de oxigenoterapia  
Inhalatório, teve evolução estável  
Referido com SGZG

12/04/19

# Trauma #

MD: AS missas

Paciente entrou, sem reação no momento.

AO exame: GOS, eutanásico, AOFNL do topo

Co. (1) Socute óptimo. Liderando:

(2) Socute curta do tempo hiperêmico

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 21264 TEOT: 15711

13/04/19

diárias

MD: Fx exposto MTT + Fx tubo

10h

Procedente com lesão interna  
e fer. aberto

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Lbs: VHS 43, PCR 24, Doss. 8.000.

Em uso: Cinto Cinto DIS

23/10/2019

Diagnóstico:

Col. Master e Master Col

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902 fl. 1

CEP: 50.060-010

MICRO-PE

Dr. Thiago Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 21264 TEOT: 15711

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	JOÃO CARLOS BATISTA ALVES	REGISTRO	949921
LEITO: ANEXO			

DATA DA CIRURGIA	17/04/19	INICIO	TERMINO
CIRURGIA	THIAGO LIMA	1 AUXILIAR	ORLANDO FRADE
ANESTESISTA	JULIANA LEITE	INSTRUMENTADOR	DENIS VEIGA

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATORIO CIRURGIA REALIZADA	FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DO OLECRANO ESQUERDO COM PLACA
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO MATERIAL ESPECIAL	SIM 01 PLACA LCP ANATÔMICA DE OLECRANO +01 PARAFUSO CORTICAL 3.5+08 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.7+02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 3.5+04 FIOS GUIAS
MATERIAL DE SALA	02 ATADURAS DE 15CM; 02 ATADURAS DE 10CM ; 08 ATADURAS DE 20CM; 01 SPO.9% 500ML; 01 MALHA TUBULAR; 06 ALGODÃO ORTOPÉDICO

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB BLOQUEIO DO MSE E ANESTESIA GERAL
- 2- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MSE
- 3- INCISÃO POSTERIOR DO COTOVELO ESQUERDO
- 4- DISSECÇÃO POR PLANOS
- 5- VISUALIZADO FRATURA COMINUTA DO OLECRANO ESQUERDO
- 6- REDUÇÃO CRUENTA O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL
- 7- OSTEOSÍTESE COM PLACA LCP ANATÔMICA DE OLECRANO +01 PARAFUSO  
CORTICAL 3.5+08 PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2.7+02 PARAFUSOS DE BLOQUEIO  
3.5+04 FIOS GUIAS(REMÓVIDOS)
- 8- LAVAGEM COM SPO.9%
- 9- SUTURA POR PLANOS
- 10- CURATIVO ESTERIL
- 11- À SR

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista / Traumatologista  
TEOT 13449-CRM 17901

09/05/19

Jackeline de Oliveira  
Enfermeira Auxiliar da  
Operação - 09.001

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 Mai 2019

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

NOME: José Cirino Batista Arns REG: \_\_\_\_\_

DATA	
04/04/19	<p style="text-align: center;"># TRAUMA #</p> <p>Hd: ① TRAUMA DO TIBIA      ② TRAUMA DO 5º METATARSIO      ③ EXTENSO FRACTURA</p> <p>Paciente entrou, sem queixas no momento.      Nega ferres.</p> <p>AO EXAME: EGB, FRANCO, AFEBOL, AO TOQUE</p> <p>CD: ① cruento com ACCIH      ② Abdução aumentada de femur      ③ paciente nega dor clínica</p>
05/04/19	<p style="text-align: center;"># TRAUMA #</p> <p>Hd: AS mesmas</p> <p>Paciente entrou, sem queixas no momento.      Ao exame: EGB, Franco, Afebol ao toque</p> <p>CD: ① cruento com ACCIH      ② Abdução aumentada de femur      HIPERTENSÃO com o suspeito      ③ paciente nega dor clínica</p>
06/04/19	<p style="text-align: center;"># Cirurgia Crural</p> <p>Realizado punção do LAV e cateterismo venoso.      em Valsalva retrogradas, el buel fluxo e      refluxo pelo método de Seldinger.</p>

COD. 023434

ED: Salvo Rx de fôrrix

05/04/19

Paciente cirurg. N... N...

Minha Mão de Confe  
Cirurgião-Cirurgião-Maxilofacial  
CRM-PE 10.255Francisco  
Machado  
CRM-PE 225  
crocn

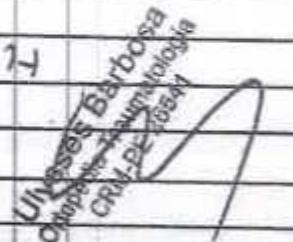
- HO: ① Fx de Tálgio  
 ② Fx de S<sup>o</sup> MTH  
 ③ Extensão Ferimento

Evoluiu s/ infecções

s/ queixas

s/ Febre

- cd = ① Nephritis Inflamatória  
 ② Cardíngio c) CC14



27/4/19.

Defeito no tálgio.

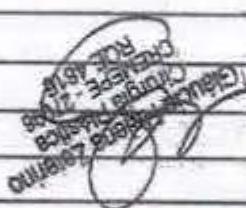
Expondo osseos de metaponto.

Premissas: Cravo-peneira - com 4  
 fôveas de crescimento tend. Fl -  
 parâmetros parecidos com os  
 do hospital.

Arco sob mandibula sólido  
 contendo hipertrônio inflamado -  
 solitário falso

Cenário d' ACE.

Orcamento anatomico dos Talhos.  
 d) fôveas.



05.802.494/0001-41  
 TRAÇADO COMPL. E ORA  
 DE SEÇÃO CEDIDA

23/04/2019

Rua da Aurora, 101 - 25020-100  
 BOA VISTA - CEP 00650-010

02/04/19 HS) As mesmas

Estar na lota

par em péna direta

FO: Síndrome uretral

c: Ag. Hipertensão

DR. ANDRÉ CIPRIANO  
 DR. ANDRÉ CIPRIANO  
 UROLOGIA - NEFROLOGIA  
 24.399 - 24.399  
 DR. ANDRÉ CIPRIANO  
 UROLOGIA - NEFROLOGIA  
 24.399 - 24.399

NOME: João Carlos Bansta Anos

REG:

DATA

11/04/19

# Trauma #

Histórico: ① Fratura de tibia (Fixador Externo)

② Fratura exposta do 5º MTT esquerdo

③ Extenso ferimento (TERAPIA HIPERBARICA)

Paciente fumante, sem exames no momento.

AO exame: GGB, purulento, afundado no tecido.

CD: Martíni

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE/21264 TEOT: 15711

12/04/19 Paciente realizado exames de complementação:  
Imputabilizar, ferido aberto e intensa  
inflamação PCR 5626.

13/04/19

# Trauma #

Histórico: mesmas

Paciente fumante, sem exames no momento.

AO exame: GGB, purulento, afundado no tecido.

ca: ① Sarcina Gramos Listerianos

② Sarcina Gram Negativa Heteróflica

Dr. Orlando Frade Jr.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE/21264 TEOT: 15711

13/04/19

dia OUS HD: Fx exposto MTT + Fx Tibia

ICL Ponto contínuo sobre estéril

e ver Quente

Lbs: VHS 43, PCR 24 leves 8.000.

em uso: Cipro + Clindam DIS

PO: ex: Oxamniquina

Col. Metilceratina e Emetina

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGURO-FIXO

23/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Belo Horizonte - MG 30.000-000  
RECIFE - PE

Dr. Thiago Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE/21264

CCPA

# HOSPITAL DE AVILA

## ORTOPEDIA

NOME: JOÃO CARLOS BATISTA ALVES

LEITO: 17B

REG:

CONVENIO: SASSEPE

DATA: 03/04/2019

### PREScriÇÃO MÉDICA

Alergia(s):

1. DIETA VO PARA HAS , APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
2. CIPRO 400Mg-EV-12/12H(D0-29/3)
3. CLINDAMICINA 600Mg+100ML DE SF 0,9% , EV DE 8/8H(D0-29/3)
4. DIPIRONA 1G, 01 AMP + AD, EV DE 6/6H
5. TRAMADOL 100MG, 01 AMP + 100ML DE SF 0,9% , EV DE 8/8H
6. CLEXANP 40Mg-SC-24/24H(AMANHÃ AS 18H)
7. ENALAPRIL 10MG - 01CP, VO, 12/12H
8. ZOFRAM 4MG,01 AMP + 100MLS0,9% EV DE 8/8H S/N
9. OMEPRAZOL 40MG,01 COMP,VO,PELA MANHA EM JEJUM
10. ATENSINA 0,1MG,01 COMP,VO SE PAS>160 OU PAD>110MMHG
11. MUDANÇA DE DECUBITO DE 4/4H
12. DECUBITO ELEVADO
13. DERSANI + DERMODEX + FRALDAO
14. COLCHAO CAIXA DE OVOS
15. CCGG+SSVV
16. POMADA-DERMAGERIUM-NAS ESCORIAÇÕES ( SUSPENSO )
17. CURATIVO COM CCIH
18. PARECER DA CIRURGIA PLÁSTICA

19. Óleos terapêuticos (GE).  
alterar outras  
20. Comer e beber.

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista/Traumatologista  
TEOT 13449 CRM 17821



999 3649801  
05.802.494/00010-1  
TRAÇÃO CORRETORA  
DESEGUROS LTDA

23/04/2019

Rua da Aurora, 1175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 18 de junho de 2019

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES      RG: 748244  
(AT:620538 / PAC: 1830680)

## RADIOGRAFIA DIGITAL DO COTOVELO/PERNA E PÉ ESQUERDO

Fratura na tibia, fibula e 5º metatarsiano.

Fixação cirúrgica na tibia, ulna e fêmur.

Formação osteofítica em alguns superfícies ósseas.

Redução da densidade óssea. Sugiro Densitometria Óssea, para avaliação de osteoporose/osteopenia.

\*Exame documentado em 02 filmes.

PREVIMAGEM AGORA TEM TRATAMENTOS DE MEDICINA ESTÉTICA: MARQUE SUA AVALIAÇÃO.

Mantenha as imagens em lugares secos e arejados, longe do sol.

DR(ª) ANA PATRÍCIA FARIAS PAIS BARRETO  
CRM:10626

mm

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 111 279  
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE

**FICHA DE ADMISSÃO E ALTA/TRANSFERÊNCIA  
EXTERNA DE PACIENTES INTERNADOS**

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES  
MÃE: LUZIA RODRIGUES ALVES  
DATA NASC: 24/06/1949  
PRONTUÁRIO: 000118922  
CPF TITULAR: 32687302440

Data da admissão na Emergência:

Data de admissão na Enfermaria:

Reinternamento? Sim ( ) Não ( )

Data do último internamento:

Diagnóstico do último internamento:

PD e HDA:

P - LEVO Vírus no revestimento da boca + esarro + expectoração em perna.  
é PE escuro, com cravo no pulmão horas.  
Falta de PE escuro.

Cod: 99 000 123

FM000 205 VÍRUS ADPIGNOS

edicação de uso prévio:

Cod: 94 000 130

FM000 20 0800 20 PE

Antecedentes pessoais e familiares:

ant ilico:

Escorrias + febre + expectoração em perna (e)

Escorrias + febre expectoração em perna (e)

S 92.3

Cod: S 82.2

- Fúngus saprófito tira escoria

- Pústulas crônicas: 20.5º aumentando escoria

Induta à admissão:

① fungoso prouente para unha e desordem 001-41  
FUNGOS

- Data: / / Hora:

Francisco Corrêa  
CRM 26499 DE SEGURO SAÚDE  
Assinatura Médico assistente e interno/ Nome Legível  
23/07/2018



**HSE** Hospital  
dos Servidores  
do Estado

SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Joao Carlos Batista Alves foi atendido pelo Serviço de Pronto Atendimento do Hospital dos Servidores do Estado - HSE, no dia 24/03/2019 conforme ficha de atendimento em anexo.

Recife, 13 de Junho de 2019

*Débora Quarto*  
Débora H. M. Duarte  
Hospital dos Servidores  
do Estado - SPA

Débora Helena Motta Duarte  
Gestor do Núcleo de Apoio Administrativo do SPA

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/07/2019

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

# PRONTIMAGEM

Registro.....: 1743162

Paciente.....: Sr.(a) ELIANE DA SILVA ALVES

Medico.....: Dr.(a) LUIZ GONZAGA DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do Exame.: 29/03/2019

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS MÃOS

### TÉCNICA DE EXAME:

Foram obtidas imagens de ressonância magnética das mãos através de sequências ponderadas em T1, em densidade de prótons (DP), sem e com saturação da gordura.

Estudo não direcionado a estrutura específica com FOV ampliado, sendo tecnicamente limitado para a avaliação de pequenas estruturas.

### ANÁLISE:

Alterações degenerativas em múltiplos compartimentos interfalangeanos proximais e distais de ambas as mãos, bem como nas metacarpofalangeanas e carpometacarpianas dos polegares. Caracterizam-se pela presença de osteófitos marginais, afilamento condral e edema subcondral.

Achados semelhantes foram observados nos ossos do carpo.

Discreto derrame articular das metacarpofalangeanas desde o polegar até o terceiro dedos bilateramente.

Sinais de tenossinovite nos compartimentos flexores dos polegares, do quarto dedo à esquerda e em ambos os quintos dedos.

Os grupos musculares e tendões exibem morfologia e sinal normais.

Ausência de formações expansivas císticas periarticulares.

Espaços intermetacarpianos integros.

  
DR EDUARDO BEZERRA  
CRM 16329

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23/03/2019

# PRONTIMAGEM

Registro.....: 1743162

Paciente.....: Sr.(a) ELIANE DA SILVA ALVES

Medico.....: Dr.(a) LUIZ GONZAGA DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do Exame.: 29/03/2019

## RESSONANÇA MAGNÉTICA DOS ANTEPÉS

### TÉCNICA:

Exame realizado com sequências FSE e STIR, ponderadas em T1 e T2, em aquisições multiplanares.

### RELATÓRIO:

Densificação da gordura subcutânea da face medial dos hálux e adjacente às primeiras cabeças metatarsais.

Foram definidas alterações degenerativas nas articulações metatarsofalangeanas sobretudo no primeiro arco, com osteófitos marginais, afilamento do revestimento condral e edema subcondral relacionado a sobrecarga articular.

Observam-se sinais de derrame articular em vários compartimentos metatarsofalangeano bilateralmente.

Tenossinovite do compartimento flexor da metatarsofalangeana do primeiro e segundo dedos à direita.

Placas plantares sem alterações definidas, no presente estudo.

Demais estruturas tendineas analisadas de espessura, orientação e sinal normal.

No pé direito, observa-se discreta obliteração das partes moles adjacentes aos feixes nervosos interdigital do segundo e terceiro espaços, determinado por material com baixo sinal T1 medindo até 2,0mm, podendo estar relacionado a fibrose perineural. No primeiro espaço, este material mede 4,0mm (Neuroma de Morton?).

No pé esquerdo, observa-se pequena fibrose perineural no segundo e no terceiro espaços.

Ainda observa-se distensão das bursas intermetatarsianas desde o primeiro até o terceiro espaços bilateralmente.

Grupamentos musculares integros.

DR EDUARDO BEZERRA / CRM 16329

05.802.494/0001-11  
TRÍCIA CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 1017-3  
rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# PREVIMAGEM

EXAMES DE IMAGEM E MEDICINA ESTÉTICA

PAULISTA, 18 de junho de 2019

PACIENTE: JOAO CARLOS BATISTA ALVES      RG: 748244  
(AT:620538 / PAC: 1830880)

## ULTRA-SONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

### Observamos:

Avaliado a musculatura anterior e posterior; sem alterações ecográficas.

Tendões estudados com aspecto ecográfico normal.

Edema em todo o subcutâneo do pé.

Irregularidade dos contornos ósseos do terço distal do 5º metatarso, correlacionar com radiografias.

Material hipoecóico no subcutâneo da região plantar no medio pé ( infecioso?), a critério clínico realizar RM.

Ausência de derrame intra-articular.

PREVIMAGEM AGORA TEM TRATAMENTOS DE MEDICINA ESTÉTICA: MARQUE SUA AVALIAÇÃO GRÁTIS.

Lu

Érico Reis

Dr(a) ÉRICO ROBERTO LUZ REIS  
CRM: 16830

05.802.494/0001-41  
TRIÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23/01/2018  
Avda da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
S/C/F/EP

ITAL DE AVILA - EMP. J. M. DA CUNHA LTDA.

RUA CLAUDIO ALBUQUERQUE, 641 - CX. POSTAL 2121 - RECIFE/PE

Data:  
1-6-93

### Admissão Hospitalar

de paciente:

JOAO CARLOS BATISTA ALVES

RH: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 08H COM TRAUMA EM MIE COM RX  
EVIDENCIANDO FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQ + FRATURA DE 5  
METATARSO

Local de nasc.

Local: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim,

Pressão:

mmHg

Temp.

Local:

Local de exames:

PULSOS PRESENTES / SEM SINAIS DE SIND. COMPARTIMENTAL, EDEMA +++/4

FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQ + FRATURA DE 5 METATARSO + FX DE  
OLECRANO

INTERNAMENTO CLINICO

RX TORAX + ECG + P.CARDIO + EXAMES LAB

Dr. VICTOR ALVES  
DOUTOR EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PE 00368  
05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS ITUA

23/07/93

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C,  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIF-PE

## LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE JOÃO CARLOS BATISTA ALVES FOI VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, DANDO ENTRADA NO SERVIÇO DO HOSPITAL DE ÁVILA COM QUADRO DE FRATURA COMINITIVA DA TÍBIA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA DO 5º METARTASO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO INICIAL PARA CONTROLE DE DANOS ONDE FOI FEITA FIXAÇÃO DA FRATURA DE TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO, FIXAÇÃO DO 5º METARTASO ESQUERDO COM FIO DE KIRSCHNER E DEBRIDAMENTO/SUTURA DO FERIMENTO EM ANTEPÉ ESQUERDO.

APÓS UMA SEMANA DE EVOLUÇÃO E CUIDADOS NA ENFERMARIA O PACIENTE APRESENTOU SOFRIMENTO DE PELE E PARTES MOLES (NECROSE-ELIMINAÇÃO DE SECREÇÃO PURULENTA) IMPORTANTE EM ANTEPÉ ESQUERDO, SENDO REALIZADO NOVO DESBRIDAMENTO E LAVAGEM CIRURGICA. DESTA FORMA APÓS O SEGUNDO DEBRIDAMENTO FOI SOLICITADO PARECER DE CIRURGIA PLÁSTICA PARA FALHA DE COBERTURA CUTÂNEA, POIS O FERIMENTO DO PACIENTE SUPRACITADO APRESENTA EXPOSIÇÃO ÓSSEA TENDINOSA. ENFIM FOI ORIENTADO PELA EQUIPE DE CIRURGIA PLÁSTICA QUE FOSSE REALIZADA TERAPIA HIPERBÁRICA PARA INDUÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DE FERIMENTO PARA POSTERIOR ENXERTIA DE PELE NO LOCAL.

CID:S92.3

CID: S82.2

CID:S91.3

RECIFE, 14 DE MAIO DE 2019.

Dr. Thiago Lima  
Ortopedista Traumatologista  
CRM: 17991  
TEOT 13449-CRM 17991

DR. THIAGO LIMA - CRM:17991  
DR. ORLANDO FRADE-CRM: 21264

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



05 802.494/0001-41  
TRAGAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 10370

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 RL C  
Bom Vista - CEP 50.060-010  
Mato Grosso do Sul



05.802.494/0001-41  
TRAMÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. 6  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO  
COD. REMAVIS: 1002239576 | DATA: 15/04/2019 | EXPIRAÇÃO: 2019

NOME:  
JOAO CARLOS BASTOS ALVES

OLINDA-PE

CPF/CNPJ: 104.751.504-06 | PLACA: 02B9474

PLACA ANT./UF: 66666666 /PE | CHASSI: 3C2HD0540BR044394

ESPECIE TIPO: PEG /MOTOCICLETA | COMBUSTIVEL: ÁLCOOL/GÁSOL.

MARCA / MODELO: BONHIA / NYX150 Bros ABS | ANO FAB.: 2014 | ANO MOD.: 2014

CAP / POT / GL: 2P/149CL | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

I	COTA ÚNICA IPVA 2019 QUINTETO	VENDE COTA ÚNICA	VENDE / COTAS
P			*****
V	FAIXA IPVA:	PARCELAMENTO / COTAS	*****
A	1	*****	*****

PRÉMIO TARIIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO  
80,11 | 0,32 | 84,58 | 03/04/19

OBSERVAÇÕES:  
SEM RESERVA

OLINDA | LOCAL: 16/04/19 | DATA:  
Roberto Carlos Ribeiro Fonseca | SAI  
DIRETOR EXECUTIVO DETAN/PE

CONTRATO

DETAN/PE

05.802.494/0001-41  
TRINCA CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

23 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9º andar  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291860/19

Número do Sinistro: 3190496921

Vítima: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

CPF: 104.751.504-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/03/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS BATISTA ALVES

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOAO CARLOS BATISTA ALVES : 104.751.504-06**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019  
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA  
CPF: 076.711.374-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190496921**

**Vítima: JOAO CARLOS BATISTA ALVES**

**Data do Acidente: 24/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOAO CARLOS BATISTA ALVES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL:  2 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:   
104.751.504-06  
Jônatas Boaventura Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2013

5 - Nome completo:   
Jônatas Boaventura Alves

6 - CPF:  104.751.504-06

7 - Profissão:  8 - Endereço:   
Autônomo Rua Júlio da Gama 910, Vila Olaria, São Paulo, SP, 04510-102

9 - Número:  10 - Complemento:   
11 - Bairro:  12 - Cidade:   
Vila Olaria, São Paulo

13 - Estado:  14 - CEP:  53050-330

15 - E-mail:  16 - Tel./DDI:  (031) 3015-3224

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente sem opção):

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

AGÊNCIA:  0944 CONTA:  30764 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ho Civil)  Divorciado  Separado/Julgamente  Viúvo  24 - Se a vítima é viúva:  
casado/separado/divorciado

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Seu/Neto(a)  Filho(a)  Irmão(a)  Parente de 3º grau ou mais  26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não  29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não  30 - Vítima deixou:  Sim  Não  31 - Vítima:  Sim  Não  32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não  33 - Vítima deixou:  Sim  Não  34 - Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de vida, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Olinda, 21/08/2019

X Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

23/08/2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ºDESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008020

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2019** às **11:00**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 24/3/2019 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO Nº 01 ( AUTOR \ AGENTE )  
DESCONHECIDO Nº 02 ( AUTOR \ AGENTE )  
JOAO CARLOS BATISTA ALVES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO Nº 02  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO Nº 01  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOAO CARLOS BATISTA ALVES

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

**JOAO CARLOS BATISTA ALVES (presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mês: LUIZA RODRIGUES ALVES  
Pai: ARLINDO ALVES Data de Nascimento: 24/6/1949 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
748244/SSP/PE (RG), 10475150405 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão:  
MUSICO Telefones Celulares:  
- 81984041662

Endereço Residencial: **RUA ALVARO DA BOA VISTA MAIA 1 ATÉ 202, 949, APTº 102, EDF. MARANTES. - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO Nº 01 (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**DESCONHECIDO Nº 02 (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

**VEICULO Nº 01 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**, que estava em posse

05.802-4241-41  
TRAVAG CORRETORA  
DE SEGUROS E TIA

23/08/2019 10:41

Rua da Aurora, 101 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
01 CEE-PE

## Boletim de Ocorrência

do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYU9474** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **100223857** Chassi: **9C2KD0540ER044394**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

**VEÍCULO N° 02 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO CARLOS BATISTA ALVES**, que estava em posse  
 do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO N° 01**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

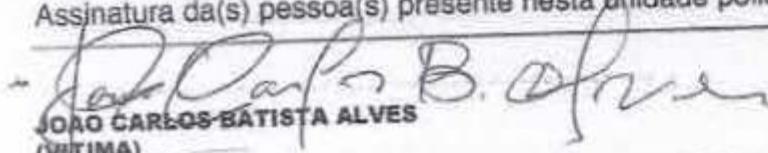
Placa: **PGA0348** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

**VEÍCULO N° 03 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO N° 02**, que estava em posse do(a) Sr(a):  
**DESCONHECIDO N° 02**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

## Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, QUANDO PILOTAVA O V N° 01, FOI  
 TRANCADO PELO V N° 03, COLIDIINDO VIOLENTAMENTE COM O V N°02. VINDO A CAIR AO SOLO, SENDO  
 SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO. DEVIDO A GRAVIDADE DOS  
 FERRIMENTO FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D', AVILA FICANDO INTERNADO POR MAIS DE DOIS  
 MESES. PELO FATO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL. CASO AFETO A DP DE PAULISTA.

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

  
**JOÃO CARLOS BATISTA ALVES**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO** - Matrícula: **381095-0**



05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

23.10.2019

Rua da Aurora, 10175, SL.  
 304 Veta - CEP: 50.060-010  
 REC1FF.DH

21/08/2019 10:4



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL:  2 - CPF da vítima:  4 - Nome completo da vítima:   
104.751.504-06  
Jônatas Boaventura Alves

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2013

5 - Nome completo:   
Jônatas Boaventura Alves

6 - CPF:  104.751.504-06

7 - Profissão:  8 - Endereço:   
Autônomo Rua Júlio da Gama 910, Vila Olaria, São Paulo, SP, 04510-102

9 - Número:  10 - Complemento:   
11 - Bairro:  12 - Cidade:   
Vila Olaria, São Paulo

13 - Estado:  14 - CEP:  53050-330

15 - E-mail:  16 - Tel./DDI:  (11) 3015-3224

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Ausente sem opção):

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

AGÊNCIA:  0944 CONTA:  30764 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ho Civil)  Divorciado  Separado/Julgamente  Viúvo  24 - Se a vítima é viúva:  
casado/separado/divorciado

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não  27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:  Sim  Não  29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não  30 - Vítima deixou:  Sim  Não  31 - Vítima:  Sim  Não  32 - Se tinha irmãos, informar:  Sim  Não  33 - Vítima deixou:  Sim  Não  34 - Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:  Vivos:  Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de vida, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  Olinda, 21/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

23/08/2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

TESTEMUNHAS



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000761 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ELIANE DA SILVA ALVES , 62 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 2525137 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 325.573.024-49, residente à RUA ALVARO DA BOA VISTA MAIA, nº 949, APT 101, JARDIM ATLANTICO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/03/2019, por volta das 10:24 hs, no endereço: AV. BRASIL, S/N, MARANGUAPE I PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVEL SANDERO, BRANCA, PGA0348-PE; MOTOCICLETA BROS, VERMELHA, OYU9474-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOAO CARLOS BATISTA ALVES , inscrito sob o CPF nº 104.751.504-06 e Registro Geral nº 748244, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710166-0 ROSIMARIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO. Registrado(a) com o prontuário nº 118322. Ficou aos cuidados do médico GABRIEL GODOY, registro 24280. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 26/06/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.br.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000761

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 5182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
23 AGO 2019  
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Tarifa Social de Energia Elétrica. Criado pela Lei 16.438, CR 2020/21  
FATURA - FOLHA DE ENERGIA ELÉTRICA

DATOS DE CLIENTE:  
FELIPE DE LIMA SILVA  
MCAZ 290013

CPF-077-497-764-11

CHAPÉU DA UNIDADE CONSUMIDORÁ  
SÉIA CASTRO ALVES 41 - B

**CLASSIFICAÇÃO**

AGUAS COMPRIDAS/OLINDA  
OLINDA PE  
53009-000

11-14-2018	2018	00000000
010830648	UNCA	23072018
11-14-2018	2018	00000000

CONTA CORRENTE  
7012875953  
DATA DE VENCIMENTO:  
**12/08/2019**  
VALOR A PAGAR: R\$

PECHINCHA DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(jWh)	56,1800000	0,7800000	43,9
Ajuste de Bandeira ANARELA			0,78
Contrib. Fim. Pública Municipal			3,89
ICMS Subvenção-CODE-NF 083187786-1205/18			8,84
Bônus ITAIPU - em 71 da Lei 10.438/2002			-0,89

TOTAL DAEATURA

42-91

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

W.D.O MEMORIAS	TIPO DA FUNÇÃO EST.	ANTERIOR DATA 31-06-2018	LEITURA \$ 180,00	ATUAL DATA 23-07-2018	LEITURA \$ 224,00	M.P.D. SHE II	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO MTH
-------------------	---------------------------	--------------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------	---------------------	-----------	--------	-------------

ESTRUTURA DA CONSUMO		ESTRUTURA DOS PREÇOS (%)			VALORES DE CONSUMO		
Mês/Ano	Variação	Gastos Saldados	%	Vale a Maior	Setembro	R\$	Variação
JUL18	10				Setembro	R\$ 14,32	3,33%
AGO18	-36				Transportes	R\$ 1,81	-39%
SET18	123				Habitação (Aluguel)	R\$ 4,76	3,06%
OUT18	111				Produtos de Higiene	R\$ 3,57	-3,63%
NOV18	107				Encargos Sociais	R\$ 2,36	-21,14%
DEZ18	19				Impostos	R\$ 13,18	-25,58%
JAN19	109				Total	R\$ 44,84	0,00%
FEB19	119						
MAR19	119						
ABR19	119						
MAY19	119						
JUN19	111						
JUL19	111						
AGO19	111						
SET19	111						
OUT19	111						
NOV19	111						
DEZ19	111						
JAN20	111						
FEB20	111						
MAR20	111						
ABR20	111						
MAY20	111						
JUN20	111						
JUL20	111						
AGO20	111						
SET20	111						
OCT20	111						
NOV20	111						
DEZ20	111						
JAN21	111						
FEB21	111						
MAR21	111						
ABR21	111						
MAY21	111						
JUN21	111						
JUL21	111						
AGO21	111						
SET21	111						
OCT21	111						
NOV21	111						
DEZ21	111						
JAN22	111						
FEB22	111						
MAR22	111						
ABR22	111						
MAY22	111						
JUN22	111						
JUL22	111						
AGO22	111						
SET22	111						
OCT22	111						
NOV22	111						
DEZ22	111						
JAN23	111						
FEB23	111						
MAR23	111						
ABR23	111						
MAY23	111						
JUN23	111						
JUL23	111						
AGO23	111						
SET23	111						
OCT23	111						
NOV23	111						
DEZ23	111						
JAN24	111						
FEB24	111						
MAR24	111						
ABR24	111						
MAY24	111						
JUN24	111						
JUL24	111						
AGO24	111						
SET24	111						
OCT24	111						
NOV24	111						
DEZ24	111						
JAN25	111						
FEB25	111						
MAR25	111						
ABR25	111						
MAY25	111						
JUN25	111						
JUL25	111						
AGO25	111						
SET25	111						
OCT25	111						
NOV25	111						
DEZ25	111						
JAN26	111						
FEB26	111						
MAR26	111						
ABR26	111						
MAY26	111						
JUN26	111						
JUL26	111						
AGO26	111						
SET26	111						
OCT26	111						
NOV26	111						
DEZ26	111						
JAN27	111						
FEB27	111						
MAR27	111						
ABR27	111						
MAY27	111						
JUN27	111						
JUL27	111						
AGO27	111						
SET27	111						
OCT27	111						
NOV27	111						
DEZ27	111						
JAN28	111						
FEB28	111						
MAR28	111						
ABR28	111						
MAY28	111						
JUN28	111						
JUL28	111						
AGO28	111						
SET28	111						
OCT28	111						
NOV28	111						
DEZ28	111						
JAN29	111						
FEB29	111						
MAR29	111						
ABR29	111						
MAY29	111						
JUN29	111						
JUL29	111						
AGO29	111						
SET29	111						
OCT29	111						
NOV29	111						
DEZ29	111						
JAN30	111						
FEB30	111						
MAR30	111						
ABR30	111						
MAY30	111						
JUN30	111						
JUL30	111						
AGO30	111						
SET30	111						
OCT30	111						
NOV30	111						
DEZ30	111						
JAN31	111						
FEB31	111						
MAR31	111						
ABR31	111						
MAY31	111						
JUN31	111						
JUL31	111						
AGO31	111						
SET31	111						
OCT31	111						
NOV31	111						
DEZ31	111						

ANSWER ACCORDING TO THE FOLLOWING

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 11-12-2011 BY SP-1000

05.802.494/0001-41  
TRIAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Residencial N° 175, S. 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
FCC ST-24

NÍVELS DE FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONTEÚDO SALVADORES	TÍPICO APÓS RUMOTR	LIVRE MÉDIA	UNIV. INTERVALO	ESTRUT. INTERR.	RELAÇÃO HOMOLOGA (%)	FAZER OLIMPIADE (%)	
ECC	0,04	1,01	9,26	19,83	220	202	231
FRT	1,00	3,37	8,21	13,70			
ZUMT	0,89	2,12	8,06	9,66			

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 16.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0008543-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvíndia 0800 282 5589

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

IMARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO F.  
CPF: 105.893.354-63

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC FERNANDES VIEIRA 21 S

JARDIM ATLÂNTICO/O LINDA  
52140-300 OLINDA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e serviços se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

## DATA DE VENCIMENTO

22/05/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

397,86

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

3A30.985E.0605.007.E.9A84.4CED.9395.76AD

## DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	462,00	0,78471767	362,53
Atraso(s) Bônus(s) AMARELA			3,27
Contrib. Bônus. Pública Municipal			17,46
Multa por atraso-NF 0544900002 - 18/03/19			8,11
Juros por atraso-NF 0544900002 - 18/03/19			2,43
Atualização IGPM-NF 0544900002 - 18/03/19			3,66
TOTAL DA FATURA.			397,86

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
365,90	25,00	91,47	365,90	1,15	4,24	365,90	5,37	19,64

TARIAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Base consum. fixo(R\$)	1.257,2802	MAR	19
		ABR	19
		MAR	19
		FEV	19
		JAN	19
		DEZ	19
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18
		JUL	18
		JUN	18
		MAR	18
		FEV	18
		JAN	18
		DEZ	18
		NOV	18
		OUT	18
		SET	18
		AGO	18

3180496921



Tarifa Social de Energía. Eléctrica. Crédito para Llevar 12.428, de 20/07/2013

CELPE

PAULO BEZERRA DE OLIVEIRA

ESTRUTURA DA SEMPREVIVA COMUNICATIVA

CPF 066-743-724-24

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENTIAL  
RESIDENTIAL

110712018 20070403 200703

JARDIM ATLÂNTICO POLINCA  
OLINDA-PE  
53061-230

181

-194-

Month	Year	Source	Value	Valued Imports	Gross Domestic Product	Value of Exports	Value of Imports
APRIL	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
APRIL	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
APRIL	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
MAY	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
MAY	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
MAY	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
JUN	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
JUN	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
JUN	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
JULY	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
JULY	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
JULY	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
AUG	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
AUG	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
AUG	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
SEPT	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
SEPT	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
SEPT	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
OCT	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
OCT	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
OCT	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
NOV	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
NOV	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
NOV	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
DEC	2016	EUROPE COUNTRIES	100.00	42.00	100.00	50.00	42.00
DEC	2016	EU COUNTRIES	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
DEC	2016	COPPER	100.00	5.00	100.00	50.00	5.00
Total			100.00	42.00	100.00	50.00	42.00

Registre-se no site [www.maispoder.com.br](http://www.maispoder.com.br) e faça seu cadastro para receber gratuitamente o e-mail de divulgação da revista Mais Poder.

05.802-494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
10/2019

DATA CONSERTO: 08/06/2019 DIA DE VENCIMENTO: 12/06/2019 TITULAR PIS/PASEP:

### Débito Automático em

Com a tabela acima não sua conta ficará sempre em dia. Você pode solicitar o cancelamento do serviço a qualquer momento. Para mais