



Número: **0036905-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
JOSE WANDERLEY DE SIQUEIRA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71066 569	16/11/2020 14:55	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296103**
Vítima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00766500766 - carta_03 - INVALIDEZ

00000303



Carta nº 13002925



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296103**
Vítima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0104/01940 - carta_03 - INVALIDEZ

000708/4



Carta nº 13123686



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296103**
Vítima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE AILTON DA SILVA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0170/01700 - carta_03 - INVALIDEZ

0004084



Carta nº 13343322



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Pag. 0001000020 - carta_03 - INVALIDEZ

00050010

Carta nº 13587189





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVAUDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retome ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01001.01072 - carta_16 - INVAUDEZ

00010800

Carta nº 14258901





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 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 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 a 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

045.492.094-61

Nome completo da vítima

Marcelo Sebastião da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcelo Sebastião da Silva	045.492.094-61	Recusou-se
Endereço	Número	Complemento
St. Bananeira do Sul	398	
Bairro	Cidade	Estado
Centro do Norte	Bonito	PE
Celular	CPF	Telefone (DDD)
	35680-000	(71) 9.9668-4844

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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☒ BRANDESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (541)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

6889

CVV

2

CONTA

3353

DV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

CVV

DV

Nome

Nº

CVV

DV

(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Bonito, 04 de julho de 2017

Local e Data

Rua da Aurora, Nº 175, 55.902-8L, C

Box Vista - CEP 50.060-010

#000000

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1-APPF-001 V001/2017



Poupança



OS.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
01709-01



República Federativa do Brasil
OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR

Dimas de Albuquerque César Júnior
Tab. Púb. Interino e Of. Interino do Reg. Geral de Imóveis
Marianne Ferrelha Guardião de Albuquerque César
Escritor Substituto

Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, Bonito-PE

e-mail: oficiounico@dimascesarjunior.com.br - Fone: (81) 3737-1233

Livro : 150-E
Folha : 021
Traslado 1
Prot. : 8772

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO que faz **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA** protocolada sob o nº 8772 na forma a seguir declarada

SAIBAM - quantos esta Pública Escritura de Declaração de União Estável, subscrita pelo Notário, virem que 13 de agosto de 2018, neste Serviço Notarial - Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, compareceu como outorgante Declarante o Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, analfabeto, nascido em 26 de dezembro de 1972, filho de Francisco Pedro da Silva e Madalena Maria Conceição, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **045.492.094-61**, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, 398-A, Sítio Bananeira do Sul/Estreito do Norte - Bonito/PE- CEP 55680-000, reconhecido pelo próprio de mim Tabelião Interino, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação, do que dou fé. E, pelo Declarante falando sob as penas Lei, para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente do Sítio Bananeira do Sul, neste município do Bonito/PE CEP 55680-000 e não possui o laudo do Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu município, declarando ainda, possuir conta no Banco Bradesco, agência 6989- 2 conta corrente de nº 0003351-0. Declara esta ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assina a rogo do Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, em virtude do mesmo ser analfabeto, o Sr. **JOSÉ AILTON DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **882.665.404-20**, residente e domiciliado na Rua Hercílio Vila Nova, 34-B, Centro - Bonito/PE CEP 55680-000. Assim justas, contratadas e convencionadas, me pediram que lhes lavrasse o presente instrumento, o qual depois de lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Emolumentos - R\$ R\$ 164,16, F.E.R.C. - R\$ R\$ 18,42 e a T.S.N.R. - R\$ R\$ 32,83 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, **MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA**, Funcionária Credenciada, o digitei e assino; dou fé. (a.a.) **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, (A Rogo) **JOSÉ AILTON DA SILVA** SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade, **DIMAS DE A. CÉSAR JÚNIOR**, TAB. PÚB. E OF. REG. INTERINO. Está conforme o original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização. Selo nº 0075077.AOX07201801.01333.

SUBSCREVO E ASSINO

Em testemunho da verdade

Estado de Pernambuco

DIMAS DE A. CÉSAR JÚNIOR
TAB. PÚB. E OF. REG. INTERINO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 56106-010
RECIFE-PE

AAC 0152011





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO - DP92ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0182000909

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2016 às 11:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BONITO, 1, PE 103, PROXIMO AO SÍTIO BANANEIRA DO SUL - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE AILTON DA SILVA (AUTOR AGENTE)
MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA



Polícia Civil de Pernambuco
Diretoria de Polícia Judiciária

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

JOSE AILTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Data de Nascimento: 8/8/1972 Nacionalidade: **BRASILEIRO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Documentos: 2681997/SSP/PE (RG) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: 881936233212

Endereço Residencial: **RUA TABELIAO MERCELO VILA NOVA, 34, PROXIMO AO CEARENSE RESTAURANTE - CEP: 5 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 22/03/1981-41 Nacionalidade: **BONITO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Documentos: 8238851/SSP/PE (RG) 84869938481 (CPF) Estado Civil: **ANASIAO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: 881987711814

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BONITO, 1, SÍTIO BANANEIRA DO SUL, PROXIMO A MARIVALDO. - CEP: 55209-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ICICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA



Relatório de Ocorrência

File:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xm/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR155 BROS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR5527 (PERNAMBUCO/BONITO)** Renavam: **1913912182** Chassi: **9C1KD06638ER111888**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMAM QUE ESTAVAM TRAFEGANDO COM A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO A VITIMA TENTOU PEGAR UM PERTENCE QUE HAVIA CAÍDO E SE DESEQUILIBROU DA MOTO, QUE EM DECORRÊNCIA DISTO A VITIMA VEIO A CAIR E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE. DIANTE DOS FATOS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR O OCORRIDO.

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

Jose Ailton da Silva
JOSE AILTON DA SILVA
(AUTOR - AGENTE)

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: MARCELIÑO DOS SANTOS ALBUQUERQUE - Matrícula: 315715-8



Polícia Civil de Pernambuco
Diretoria de Polícia Judiciária

05.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2020

Rua da Aurora, Nº 175, 4º Andar, 502 BL. C
Ilha Verde - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (excetivo 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: Marcos Sebastião da Silva CPF da Vítima: 045.492.094-61 Data do Acidente: 22/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Marcos Sebastião da Silva CPF do Representante legal: 045.492.094-61
E-mail: (11) 29633-3213

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:

Assinar 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 do 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.



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Bento 04 de junho de 2018

Local e data

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

Rua de Azeite, nº 175, SL 902 BL. C
Rua Sítio - CEP 51.040-010
RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

01-V001/2017



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20



Nome Paciente: MARCOS SEBASTIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/12/1972
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: U0049
Convênio:
Atendimento:

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4996764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

DS-802-494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

Rua da Aurora, 10175, 14.907-96, J
São Paulo - SP 05560-010

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO

Data: 22/08/2016 18:20



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 16.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0285943-03



Grupo Neoen Energia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao cliente gratuito ou de telef. 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
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

MARIA ROSEANE DA SILVA
CPF: 008.451.754-05 NIS: 2046483775

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

32 BANANEIRA DO SUL, 388 - A
Bairro BANANEIRA DO SUL-ESTREITO DO NORTE
55660-000 SOROTO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 478/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

11/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

04/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

04/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

015037042

CONTA CONTRATO

007011734299

Nº DO CLIENTE

2012295987

Nº DA INSTALAÇÃO

005041872

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

9A45 0CB3.770F4B91.5942.7069.A011.080B

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	5,17766810	5,30
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	9,3608818	21,36
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	14,00	9,45763226	6,40
Atenuação Bandeira AMARELA			5,37
Contribuição Iluminação Pública			5,30
Multa por atraso-NF 007586145 - 02/03/18			0,94
Multa por atraso-NF 011266344 - 03/04/18			0,03
Junta por atraso-NF 007586145 - 02/03/18			0,37
Junta por atraso-NF 011266344 - 03/04/18			0,22
Atualização IGPM-NF 007586145 - 02/03/18			9,22
Atualização IGPM-NF 011266344 - 03/04/18			0,13
Comprovação DIC Manual 03/18			6,23
TOTAL DA FATURA			60,63

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COPINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

PERÍODO	TIPO DA FATORAÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018	04/05/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DIC-Na de tensão sem energia	0,00	11,87	11,87	22,80	45,60
PIC-Na de tensão sem energia	0,00	5,87	5,87	11,74	23,48
DMC-Duração máxima de interrupção	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DCR-Duração de interrupção em dia útil	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DCR-Duração de interrupção em dia útil	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DCR-Duração de interrupção em dia útil	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 26/04, tarifa com reajuste médio de 5,47% para Baixa Tensão e 5,90% para Alta Tensão-REB 2.388/18.
No caso de tarifa com reajuste em vigor é a Amarela. Mais informações em www.celpe.com.br.
O cliente é compensado quando há interrupção na distribuição de energia elétrica ou de nível de tensão de fornecimento.
Pagos, em atraso para multa 2% (doze por cento) sobre o valor da tarifa de fornecimento.
Resolução do ICMS conforme art. 9, XLV, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
O cliente é compensado quando há interrupção do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encargamento do controle poderá ocorrer após 3 horas de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	TENSÃO MÁXIMA (V)	TENSÃO MÍNIMA (V)
220	232	228

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FATURA PAGA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007011734299	05/2018	0,00	11/05/2018

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:55:47
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111614554758300000069678344
Número do documento: 20111614554758300000069678344



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 falsa 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.

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP: órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

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

Pelo exposto, eu José Milton da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 882.665.404/20
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcelo Sebastião da Silva inscrito
(a) no CPF sob o nº 040.492.034/64, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da vítima
Marcelo Sebastião da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 040.492.034/64 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 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. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Hercílio Vila Nova</u>		Número: <u>34</u>	Complemento: _____
Cidade: <u>Benito</u>	Estado: <u>PE</u>	CPF: <u>55680.000</u>	
Telefone comercial (DDD): _____		Telefone celular (DDD): <u>(81) 9.9633.3243</u>	

Benito 04 de Junho de 2018
Local e Data

José Milton da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. E
São Vito - CEP: 52136-010

REC-PE

DECL-001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jose Ailton da Silva
 portador do RG: 3951899 data de expedição 07/08/2014
 órgão expedidor SSP / PE CPF B81216654041219
 com domicílio na cidade de Bonito no estado de PE
 onde resido na Travessa Tabelaia Herclio Vila Nova
 número 34 complemento _____
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima marcos Sebastião da Silva
 cujo condutor era Jose Ailton da Silva
 VEÍCULO: motocicleta
 ANO: 2014
 MODELO: Honda / NXR 150 PROSES
 PLACA: OYR 8639
 CHASSI: 9C2KD0550ER111900
 DATA DO ~~ACIDENTE~~ 08/05/2017

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2017

Bonito de maio de 2017.
 Local e Data

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Jose Ailton da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Jose Ailton da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marcelo Sebastião

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/08/16

* SRPA - Dueno *

Paciente extubado, mantendo-se estável
em ar ambiente - sem intercorrências!
* Ed. Alta do SRPA *

CEH 19239

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEALINHOS

27 JUN 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51.060-010

RECIFE PE

COO.1

Produzido no Sistema Gerenciador Hospitalar de Alta Escala

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20

Nome Paciente: MARCOS SEBASTIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/12/1972
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: U0049
Convênio:
Atendimento:

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986784

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): ALTERAÇÃO SUBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

05.802.494/0001-41
TRACAO CONCRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Ass. da Restora. nº 175.92.902.001
Ass. da Rest. nº 175.92.902.001

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO
Data: 22/08/2016 18:20

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de





Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atendimento Médico : 41.256 Data: 22/08/2016 Hora: 13:51:24
Local de Origem : Profissional ACS :
Nome do Paciente : MARCOS SEBASTIAO DA SILVA Genitor: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO
Data Nascimento: 26/12/1972 Idade: Idade: 43 anos 07 meses 27 dias Sexo Feminino: ☐ Sexo Masculino: ☐ Cor: M
Endereço: SÍTIO PEDRA REDONDA Nº:
Zona: ZONA RURAL Ponto Referência:
Nome do Acompanhante: JOSE GUTENBERGUE DE LIMA NUNES Tipo de Acompanhante: Outros
Local de Ocorrência:
Tipo de Ocorrência: Acidente de Trânsito

Como Chegou: Ambulância

Exame Principal: *MC COLICADO* *Exame físico*
Resposta estímulos
Verbal e Deambula
Exame Físico:
Diagnóstico: *TCC* CID:
Exames Solicitados:
Exame Proposto:
SG 00 + 45112
11986764

HC

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS SDA
27 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E
Bom Vista - CEP: 50.080-010
RECIFE-PE
Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126
Médico Responsável: Dr. Jackson

Assinatura do Paciente: -1

Recepcionista: Mariete

Data Atendimento Consultório: 22/08/2016

Hora Atendimento Consultório: 13:50

Hospital Dr. Alberto de Oliveira





Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Atendimento Médico: 41.256 Data: 22/08/2016 Hora: 13:51:24
Idade de Origem: Profissional ACS:
Nome do Paciente: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA Genitor: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO
Data Nascimento: 26/12/1972 Idade: Idade: 43 anos 07 meses 27 dias Sexo Feminino: ☐ Sexo Masculino: ☐ Cor: M
Endereço: SÍTIO PEDRA REDONDA Nº:
Local: ZONA RURAL Ponto Referência:
Nome do Acompanhante: JOSE GUTENBERG DE LIMA NUNES Tipo de Acompanhante: Outros
Data de Ocorrência:
Tipo de Ocorrência: Acidente de Trânsito

Como Chegou: Ambulância

Peso: Temperatura: HGT:

Sinais Principais: *MC com 11000 10 por 100*
Resposta estímulos
UR 110 e 100/110
Sinais Físicos: *UR 110 e 100/110*

História Diagnóstica: *TCL* CID: *110*

Exames Solicitados:

Tratamento Proposto:

SGS: 00 + 45112
21986764

Assinatura

Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126

Assinatura Responsável

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CONCRETO
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 402 BLO C

Rua Yara - CEP: 50.060-010

Dr. Jackson

Assinatura do Paciente: *-1*

Recepção: Mariete

Atendimento Consultório: 22/08/2016

Hora Atendimento Consultório: 13:50

Hospital Dr. Alberto de Oliveira





* Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr
Servizio.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Medico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....	1555899	Same.....	
Nome.....	MARCOS SEBASTIAO DA SILVA		
Sexo.....	MASCULIN		
Fone.....	Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () -	Nasc.....	26/12/1972
Endereço.....	SITIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55680000		
Cidade.....	BONITO		

Agendado por GILBERTOM/SJ

G5.802.494/0001-41

TRAÇÃO CONCRETOMA
DE SEGURANÇA LIDA

27 JUN 779

Rua da Aurora, nº 125, SL 902 III, C

Boa Vista - CEP 50.050-010

丹桂江源子—49%





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

1555299



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Adriano Sebastião do Amaral

SRPA 116

1555299

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/08/16

SRPA - KILUENE

(P, 43a, 10 D+4)

HD: 1) Politrauma pl. de motociclística
2) 1º DPO de duração de HED

Em uso de

SCC - ventil

DVA

ATB - apogolínio profilático

Paciente sedado, sob VTA, T07m 3.0, cuff
implante, modo PCV, bem adaptado ao
respirador. Estável hemodinamicamen-
te, sem uso de DI.

Cd: 1) Wilego sedação - vigiar nível
de consciência.

2) Ag. UT.

23/08/16

SRPA

1555299

3h post TGE sob VTA, T07m 3.0, cuff
implante, modo PCV, bem adaptado ao
respirador. Estável hemodinamicamen-
te, sem uso de DI.
Cd: 1) Wilego sedação - vigiar nível
de consciência.
2) Ag. UT.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/11/2020 14:55:47

COD. 01





Prefeitura Municipal de Bonito

SECRETARIA DE SAÚDE / SUS / HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA

LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do paciente:	MARCUS LEONARDO		
Quem clínico:	Paciente ALBERTO DE OLIVEIRA, 60 anos, com B.A. VERGALHADE, responde estímulos verbais e físicos - expulso; ps: 12/8 (9/10/16)		
Diagnóstico:	TLE		
Auxiliar responsável:		CGREN:	

1ª. REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:	
	RECEIJE		
		Hora de chegada:	
Motivo: (Registrado e detalhado)	Paciente de RECURSOS		
Médico assistente: (Assinatura e carimbo)	Nº CRM	Data	
JACSON LAGO	12126	27/08/2016	
Local:		Data:	
Bonito - MS			
Médico que atendeu:	Nº CRM	Hora:	

2ª. REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:	
		Hora de chegada:	
Motivo: (Registrado e detalhado)	- SEGURO 4986764 - HR		
Médico assistente: (Assinatura e carimbo)	Nº CRM	Data	
Local:		Data:	
Médico que atendeu:	Nº CRM	Hora:	
Unidade prestadora do atendimento:	Município:		
Especificação do atendimento prestado:			

Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA	PRONTUARIO: 1555809	ATENDIMENTO: 00689638
DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972	FOI ATENDIDO EM: 22/08/2015 Às	
	DATA DA ALTA: 29/08/2015 ÀS 18:30	

*** Diagnóstico Provável:**

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S05

Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HEDA
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPÓSIO DOMICILIAR POR 30 DIAS
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA + ACIDENTE DE MOTO.

Encaminhado para:

1. AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOL 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Diogo Lacerda
Neurocirurgia
RQE 104.177

DRYGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº. 19617

Recife, 25, AGOSTO / 2015

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Entidades, Ministério do Trabalho, Comissariado de Tratamento Ambulatorial, etc., de acordo com o documento nº 54-2002/MS, Unidade Política do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 JUL 2015

Rua da Aurora, Nº 175, 5.º Andar, C
Boa Vista - CEP: 50.060-210
RECIFE-PE



Carido

Marcos Sebastião da
Silva

Reg 845114

Relato de TCE com HEDA
e contusões cerebrais

em 22/8/16

sendo operado para drc

regem unguis

Examinado com BTAus

sem deficiências longas

mas

relatado tomografia cran

trale e parecer OK.

CID 806

decreto 7110116

Giovanni Grassi
Neurocirurgia
CRM 11089

huy

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

7 de JUN 2019

Rua da Aurora, 175, 91.902-8L, C

914-000 - CEP 50.080-010

REC-PE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 25-08-2016 19:24

ATENDIMENTO: 689639

Leito: 502-L5

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/08/2016

Hora:

NOTA DE ADMISSÃO

HD: PQ DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL
ASSINTOMÁTICO

AO EXAME:

GG: CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBREIL.

C/P: DRENO CEFÁLICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPÂNICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP (ISOFOTO, MOE+), FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
Sexo.....: MASCULINO
Fone.....: Residencial: (81) - 967711914 / Celular: () -
Endereço.....: SÍTIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55660000
Cidade.....: BONITO
Agendado por: GILBERTOMSI

Same. Q5.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nasc.....: 26/12/1972
Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, E
Bos Vela - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1558893

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 26-06-2016 12:33

ATENDIMENTO: 689639

Leito: 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 26/06/2016

PRF8

NOTA DE EVOLUÇÃO

HO: PO ORENAGEM HIDA (22/04)

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, 72 PRESENTES

AO EXAME

SGS: CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

ACV: RCR/T: S/SOPROS

AD: MV ART. SEM RA

ADD: DEPRESSIVEL INDOLOR, TIMPÂNICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 15; PUP ISOFOTO, MDE-, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA

*1002

29/06/16

HO

08

802094/0000

08

08

08

08

08

08

08

DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2016

Paulo Sérgio de Mello Junior

Amintomato

co Dato

Dr. Antonio Carlos de Mello Junior





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RUA SERRA
PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

FICHA DE ANESTESIA

Data

21/11/2020

Paciente

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pre-anestésica

16-689517

Urgência

Não

Sim

Cirurgia

Craniotomia e drenagem do Hematoma extradural

Horário

19:10

20:10

21:10

Ido

Líquidos

Sa O₂

SpO₂

HR

TA

Temp

Respir

ECG

Arterial

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Monitor

Drogas Usadas

Quantidade

Propofol 100ml
Fentanyl 100ml
Naloxona 100ml
Midazolam 100ml
Ketorolac 100ml

Técnica Anestésica

Genof bloco
for P.O. RSC
Voz bloqueada
FA 212 P. 17
20 cm/120

05.802.494/0001-41

TRACOR CORRETORA
DE SEGURANÇA

11/11/2020

Monitorização

- ☒ Cardíaco
- ☒ Oximétrico
- ☒ Pressão
- ☒ Sonda Vesical
- ☒ Capnômetro
- ☒ ECG
- ☒ Outros

BS

- ☐ Temperatura
- ☐ Sonda Gástrica
- ☐ Aquecedor Gástrico
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervos
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia TSP Plus

Examinado

- ☐ Acústico
- ☐ Sonolatório
- ☒ Infravermelho
- ☒ Deslize
- ☒ SPM
- ☐ Apert. / Ent.
- ☐ UTH
- ☐ Esterno

Intervenção

Não

Sim

Descrição

Observações

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura do Anestesiologista

COO





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marcelo Sebastião da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

72102114

NOTA OPERATIVA

Paciente submetido a craniotomia por
drainagem de HED. E-T-P esguardo.
Telaar gravíssima - SO apresentando
discreta mastoide extensa.
CS. ② A SRPA

CVS

2

A SRPA



Ciudades neurointensas

Dr. Abrão Vinícius
Neurocirurgião
CRM-PE 21546

22.05/16. Proiecte achitate cu POI de caracteristic p/ m
(21.55L) cont. de HETA. 30000, butonari, cu vintilator, necesari
curative de fo q marea marea, q in marea a marea e marea
cu marea marea marea cu pice + marea, Tare marea, q
marea. Proiecte pice, marea, marea, marea, marea, marea
Vant Buz

Văn B. 1992

22

for

14

5,2 PA

Reagenzien de HET

05.802.494/0001-41

TRANÇÃO LEMPE TORRA
DE SEQUELOS LIGA

2.1. 1998-2000

The grass, embedded in the
steel headwings can be

$$TA = 130 \times 19 = 2470$$
$$A \approx M \sqrt{1 + \frac{1}{M^2}}$$

Pl. Aside

2011

Silence

COD





1^o Via Brasil - Funchal
2^o Via Amélia - Hospital
3^o Via Rosa - Hospital

N 00411

RELATÓRIO DE MATERIAL UTILIZADO

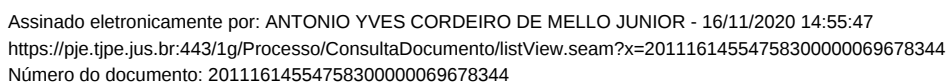
INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL: <i>Da Restauração</i>	CONVENIO: <i>SUS</i>
PACIENTE: <i>Marcos Sebastião da Silva</i>	
CIRURGIÃO: <i>Abraão Ximenes</i>	PRONTUÁRIO Nº <i>687517</i>
DATA DA CIRURGIA: <i>24/09/2016</i>	CARTEIRA Nº

[illegible]

VOTO E COMISSÃO DO ORÇAMENTO	REPRESENTANTE RESPONSÁVEL	27 JUN 77
	Rua de Aurora, Nº 175, 2.º 902 BL. C Rio de Janeiro - RJ - 20.040-110	
	Ass:	
	Comissão / Assessoria de Apoio	Data

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ Nº 17.085.673/0001-94
Av. dos Engenheiros, nº 431, al 1001 | B. Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.540-390
TeleFax: (31) 3418-8517 | 3643-7649



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐				Pupilas: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular	Score:	Glasgow: Resposta Verbal	Score:	Glasgow: Resposta Motora	Score:	
Hora: _____		Hora: _____		Hora: _____		
Glasgow: L + 2 + 4 = 7						
E: Exposição/Abdômen: dorso, depressão, sem VNG Exorticação em MID, Apêlas auscultação (E > 0) Não reagentes						
Diagnóstico Inicial: ① TCE						Cod. Procedimento
Conduta: ① Solicito TAC crânio 3/ contaste. ② Realizo IOT						Ass. Médico
Dr. Diogo Lacerda Neurocirurgia CRM: 17						Ass. Enfermagem
Evolução de Enfermagem:						
Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta Internado na Clínica: ☐ Curado ☐ Melhorado Transferido para: ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ 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 tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se for necessário.						
Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Termo de responsabilidade de alta a pedido: - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.						
Data: _____ Nome completo legível: _____ No. da identidade: _____ Assinatura: _____ Data e Hora Impressão: 22-Aug-16						

HO COHERDA

Paciente gravemente

11 de ago. 2016 volume

CO (D) 100 50 @ CS + 21

Dr. Diogo Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 17617





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE:	REGISTRO:
IDADE:	SEXO: M() F()
SETOR DE PROCEDÊNCIA:	

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:	
ENFERMEIRA:	CIRCULANTE:

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA:	INÍCIO:	TÉRMINO:
TIPO DE ANESTESIA:	INÍCIO:	TÉRMINO:

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM() RÍSPIDA() GRAVE()	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE() ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA() INTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO()	CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: ÍNTEGRA() LESIONADA()	DIURÊSE: ESPONTÂNEA() SONDADA()
DISPOSITIVO LINFÁTICO: _____	ALERGIA: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP() TRICOTOMIA()	MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM() NÃO()
PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO()	

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL() VENTRAL() SINECOLÓGICA()	PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO()	LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA:
CONTAGEM DE COMPRESSAS: INÍCIO _____ FINAL _____	CONTROLE DE PERFUROS: RO AÇULHADO: INÍCIO _____ FINAL _____	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO()	QUAL: _____ HORA: _____	PREENCHEU COTA: SIM() NÃO()
SARROTEAMENTO: SIM() NÃO()	TEMPO DE SARROTE: INÍCIO _____ FINAL _____	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____	CONFERIDO POR: _____	HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR() OXÍMETRO() CAPNOGRÁFO() PNI()	ASPIRADOR MONTADO() MANTA TÉRMICA() AP.VÍDEO()	TORPEDO DE NITROGÊNIO()	TORPEDO DE CO ₂ ()	BISTURI ELÉTRICO()	MICROSCÓPIO()	CAVITRON()	INTENSIFICADOR()	BOMBA DE INFUSÃO()	DIFUSOR()	ESTIMULADOR DE NERVOS()	DERMATOMO()	BISTURI ULTRASSÔNICO()
INTRUMENTAIS CONSIGNADOS SIM() NÃO()												

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO()	NOME DA PEÇA:	MATERIAL:
SOLUÇÃO:	IDENTIFICADO POR:	
CULTURA: SIM() NÃO()	EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO()	GAZOMETRIA: SIM() NÃO()
RX: SIM() NÃO()		





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1555999	ATENDIMENTO: 08682629
DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972	FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 Às	
	DATA DA ALTA: 29/08/2016 Às 18:05	

Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S05

Tratamento Realizado:

EXENAGEM DE HEDA
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPOUSO DOMICILIAR POR 30 DIAS
PACIENTE CHEGOU A ESTA ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE TRÂNSITO

Encaminhado para:

1. AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOL 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM 19617

DHYEGO FERREIRA FORSBERG DE LACERDA - CRM: Nº. 19617

Recife, 29, AGOSTO, 2016

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovar o atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS - Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho - Condições de Trabalho Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 042/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

IDADE: 43 ANOS

REGISTRO: 1555899

ADMISSÃO HR: 22/08/16

ADMISSÃO SENE: 23/08/16

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO, REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.
C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.





Cópia de

Unidade de Saúde: **HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Paciente: **Marcos Sebastião da Silva** N° do Registro: **1555290**

Clinica: **NCR** N° do leito:

Operador: **Dr. Josuino Albino e Dr. Abraão Ximenes**

1º Assistente: **Dda Maria Augusta** 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: **Dr. Manoel**

Anestesia: Duração:

Data da Operação: **22/08/16** Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: **HEDA F-F-P esq**

Diagnóstico Pós-Operatório: **O mesmo**

Operação Proposta: **Craniotomia para drenagem de HEDA**

Operação Realizada: **A proposta**

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente em decúbito dorsal, cabeça lateralizada para a direita. 2) Triantomia. 3) Assepsia - antissepsia. 4) Círculo tipo Barker - esquerda. 5) Hemostasia. 6) Craniotomia F-F-P - esquerda e visualização de grande hematoma extradural. 7) Drenagem do hematoma e coagulação de vasos dural. 8) Superfície dural com bordado com fio de seda. 9) Cranioplastia com placas e parafusos. 10) Retorno de hemostasia. 11) Sutura de pele por pontos. 12) Curativo compressivo.

Dr. Manoel Ximenes
Neurocirurgião
CRM 2124





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 27-08-2016 10:03

ATENDIMENTO: 669639

Leito: 502-46

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/08/2016

Hora:

NOTA DE EVOLUÇÃO

HD: PÓ DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. FE PRESENTES.

AO EXAME:

SGS: CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

ACV: RCB2T S/SOPROS

AP: MV ANT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: BCG: 15. PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2016/08/27 10:03





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PE
Pernambuco

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 23-08-2016 20:17

ATENDIMENTO: 689639

Leito: 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 23/08/2016

Hora: 20:09

ANOTA DE ADMISSÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07; SENDO INTUBADO. REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:
NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

ECG: CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

C/P: DRENO CEFÁLICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T - S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPÂNICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MDE+, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: SOLICITO ROTINA LAB + TC DE CRÂNIO
VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA





Notificação 24.01.16
Vigilância Epidemiológica Hospital
VEN-HRUS - NEPI

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

689517

Data e Hora de Atendimento:
22/08/2016 18:27

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1555899 Paciente: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data de nascimento: 26/12/1972

Idade: 43a 7m 26d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

DOC ID / Data expedição

4230681 / 09-Sep-89

Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEICAO

Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA

Cartão SUS: 898004848800996

Endereço: SÍTIO PEDRA REDONDA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BONITO

Numero 1

Complemento:

UF: REAC Telephone: 997711914

Ocorrências:

do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO QUANTO A EMERGENCIA

Local de atendimento: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta

Caso Social

Encaminhamentos:

Rede de Apoio

GP/CA

Cons. Tutelar

Delegacias

Minist. Publico

Outros:

Observação: LEADADO AQUISEM A MARIA ROSEANE D. SILVA (filha)
nº 8771195-14

Assistente Social

Atendente Social
Folha 22/08/2016

História Clínica:

Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, sofrendo trauma cranio encefalico, evoluindo ef RNC e lesões pelo corpo não contusas.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐

Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Tempo:

CGR, maculoso, descolorado, desidratado

B. Respiratório

MV rde 24T

C. Circulatório

PA:

X

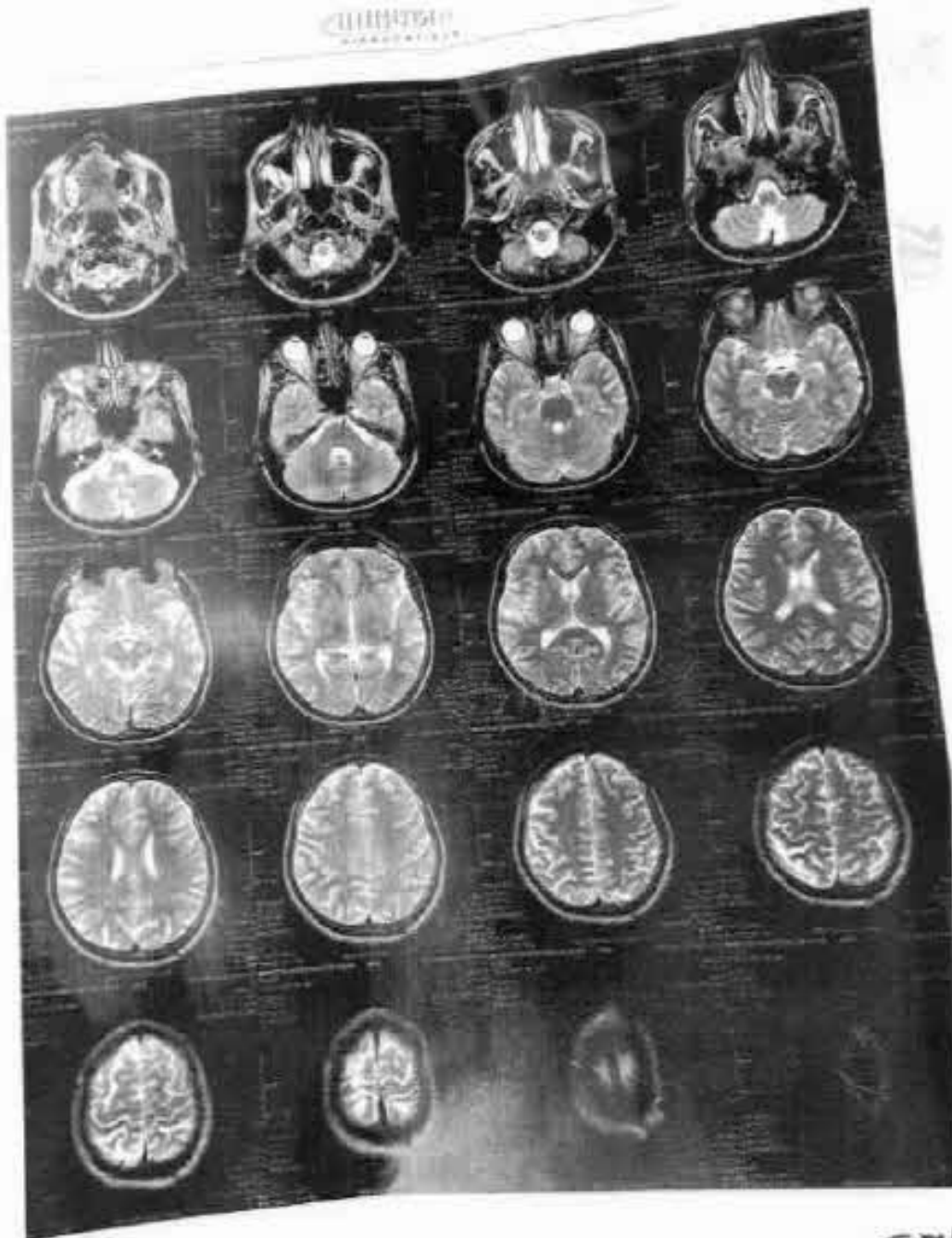
mm

Pulso:

bpm

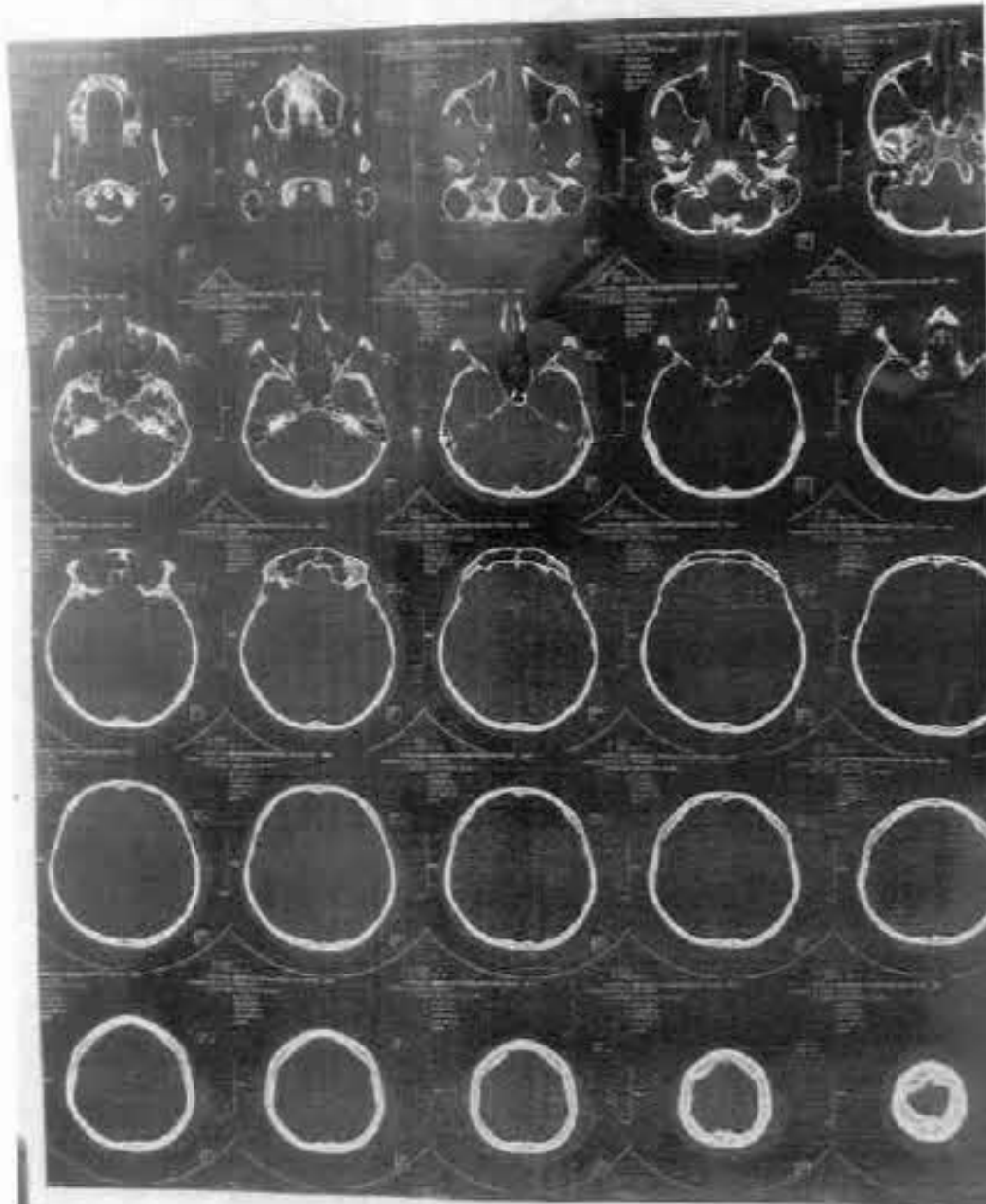
RER 2T BIV FC: 60 bpm





05.802.401/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 12 NOV 2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 802 BL. C
 São Vista - CEP: 50.260-010
 RECIFE-PE





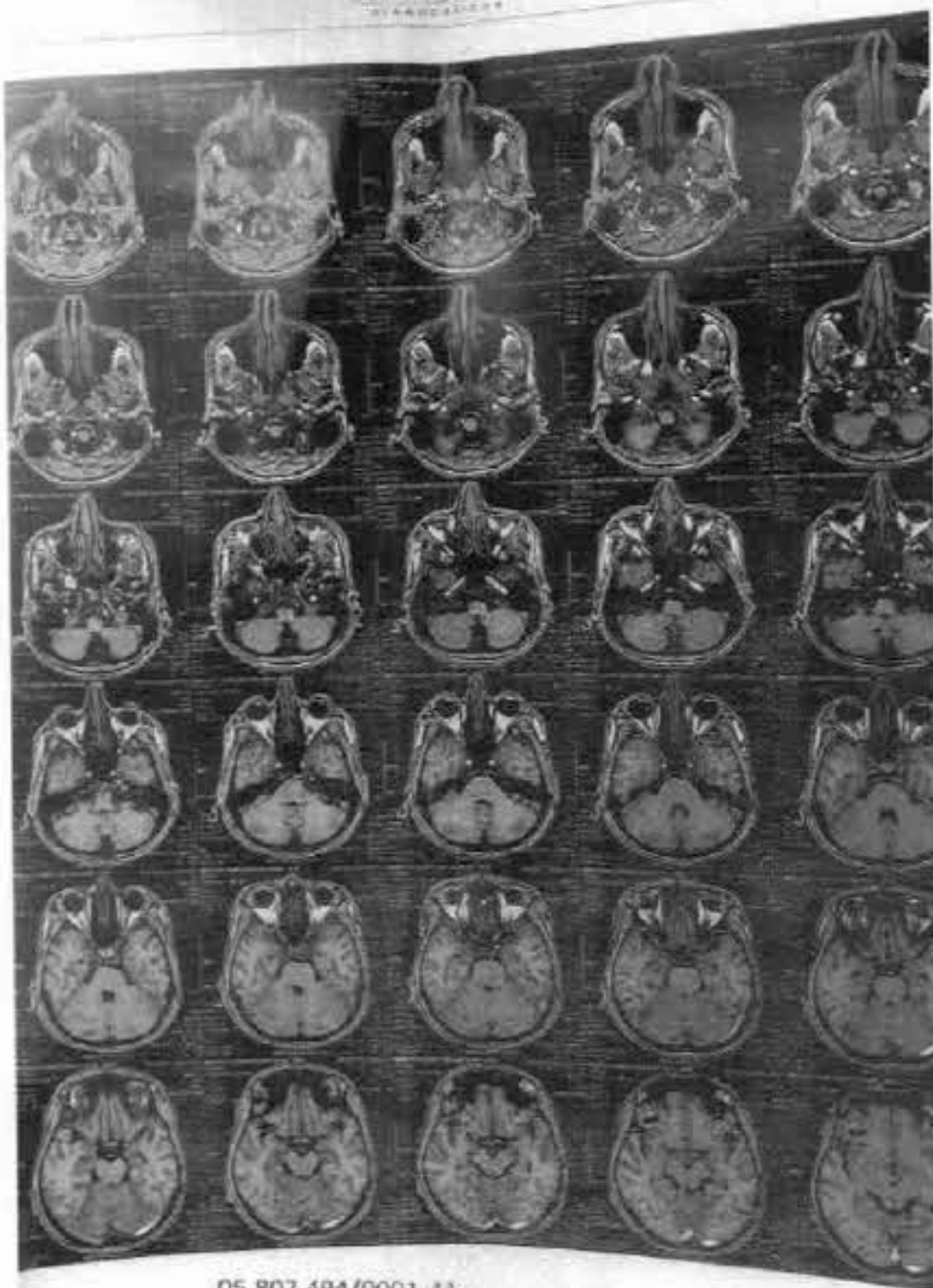
Rua. Agamenon Magalhães, 570 - Derby - Recife - PE 05.802-496/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2019

Rua da Aurora, 117, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



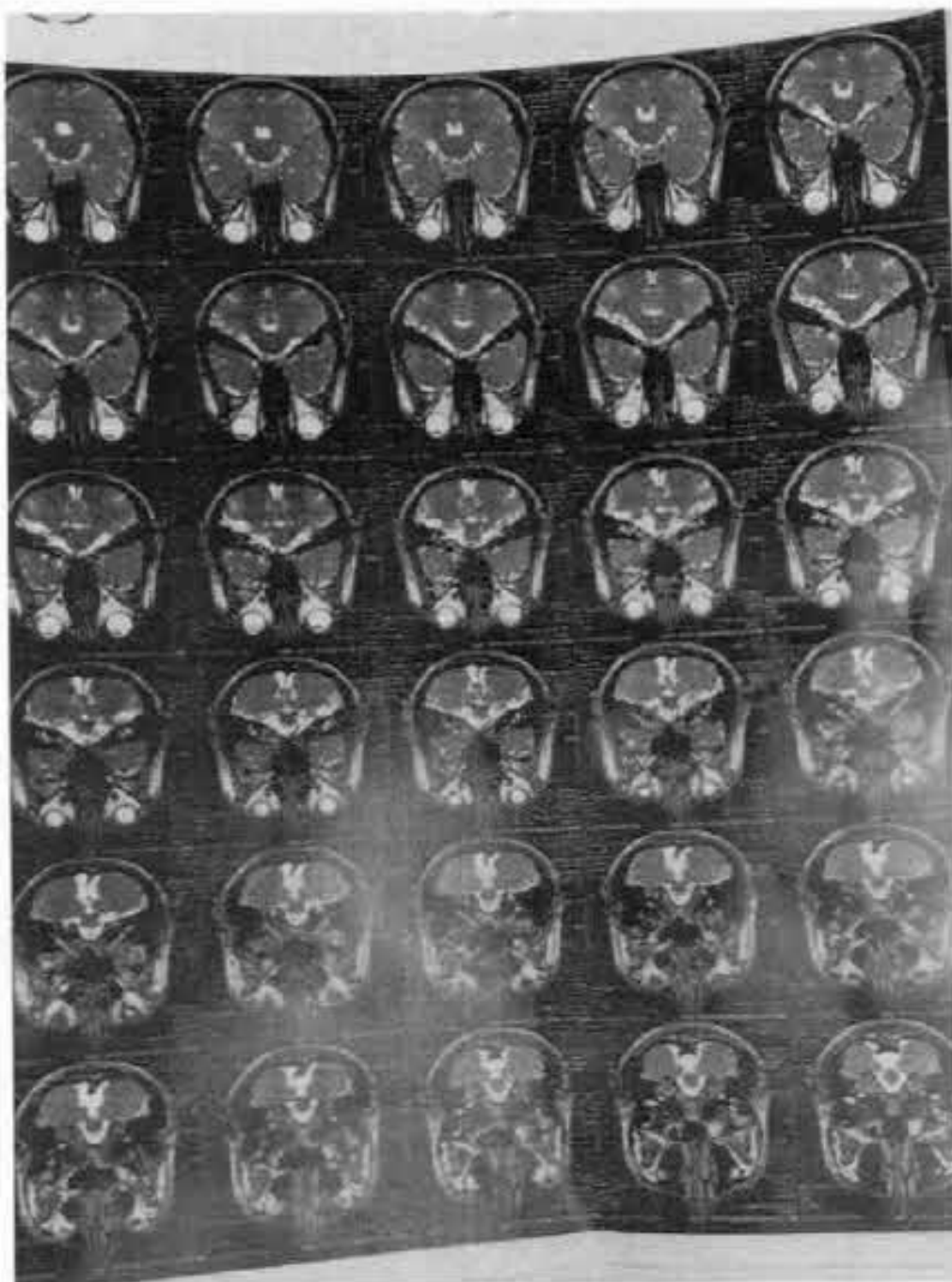


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12.10/19

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



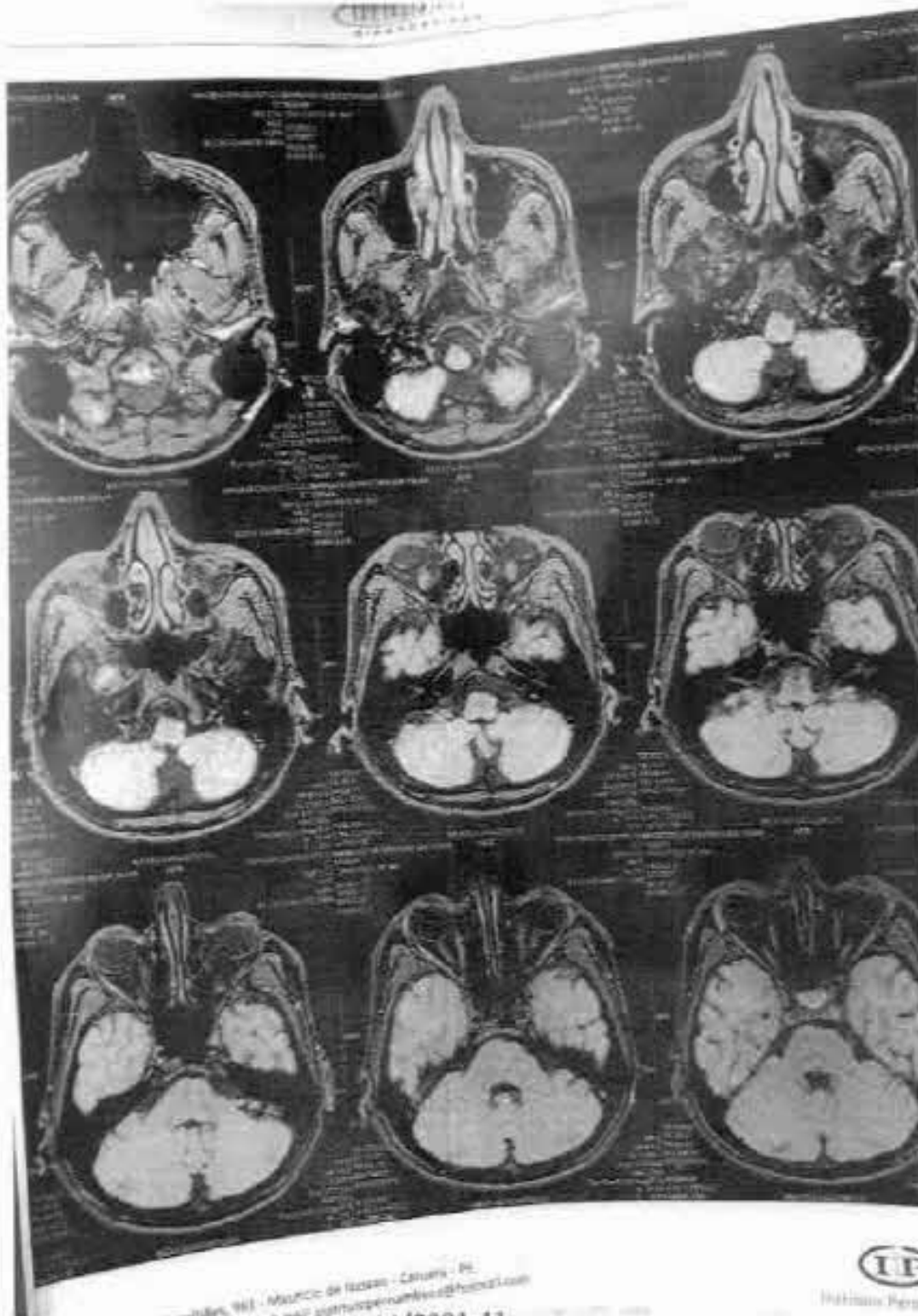


05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/11/2019

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





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 8111 2119
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE



Instituto de Previdência e Assistência Social





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 M^o 2^o 9

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





05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CURATORA
DE SEGUROS VITA

27 de 07/2015
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 B, C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013222631394
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1013918182 ***** 2017

JOSE AILTON DA SILVA

BONITO-PE

882.665.404-20

OTR8637

***** PE 9C2RD0550NR111900

FAS /MOTOCICLISTA ALCO/CASOL

2024 2014

2P/145CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO OBRIGATORIO

AL. FID. ADM. CONS. SAC. NORDEA LTDA

11/03/17

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CADASTRO POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU MÃO DE OBRA

PE Nº 013222631394 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE AILTON DA SILVA

55680-000

BONITO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradora lider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

2017 11/03/17

1 882.665.404-20 OTR8637

1013918182 NORDEA/NORDEA 150 1500 85

2014 69 9C2RD0550NR111900

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2017

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C

Rio de Janeiro - CEP: 20040-010

RECEBIMOS



República Federativa do Brasil

Cartório Dimas César

Ofício Único

Bonito-PE

Fone: (081) 3737-1233

e-mail: oficiounico@dimascesar.com

Dimas de Albuquerque César Júnior

Tabelião Público Interino e

Oficial Estadual do Registro Civil do Imóvel

OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR - Rua de Pernambuco César Júnior - Tabuleiro Interino
R. Paulo Góes, nº 10, Centro, CEP: 55000-000, Bonito, PE. Tel: (081) 3737-1233. E-mail: oficiounico@dimascesar.com

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi apresentado, ao qual dou fé. O Tabelião Dimas de Albuquerque César Júnior, 26/12/2016 10:34:23, Emol. R\$ 60,33, F.E.R.C. R\$ 0,31, total R\$ 3,72. Selo: 0075077.TH11201601.02498. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

Livro : 111-P

Folha : 105

Traslado 1

Prot. : 7320

PROCURAÇÃO PÚBLICA que faz MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, em favor JOSÉ AILTON DA SILVA, protocolada sob o nº 7320 na forma a seguir declarada:

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração, subscrito pelo Notário, virem que 23 de dezembro de 2016, neste Serviço Notarial Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Paulita Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, perante mim Funcionária Credenciada, compareceu como Outorgante, o Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **045.492.094-61**, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, Zona Rural, nesta cidade do Bonito/PE, ora comparecente e reconhecido pelos documentos públicos a mim exibidos, do que dou fé. Por ele Outorgante, me foi dito que nomeia e constitui como seu bastante procurador, o Sr. **JOSÉ AILTON DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **882.665.404-20**, residente e domiciliado na Travessa Tabelião Hercílio Vila Nova, nº 34, Centro, nesta cidade do Bonito/PE, a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT, podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Assina a rogo do Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, em virtude de ser analfabeto, o Sr. **JHOBSON BARROS CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 5246186 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.031.054-54**, residente e domiciliado na Rua 03, nº 52, bairro do Mutirão, nesta cidade do Bonito/PE. Assim o disseram e me pediram que lhes lavrasse nestas Notas o presente instrumento, que lhes sendo lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. Emolumentos - R\$ R\$ 60,33, F.E.R.C. - R\$ R\$ 0,31 e a T.S.N.R. - R\$ R\$ 12,07 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, **MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA**, Funcionária Credenciada, o digitei e assino; dou fé. (a.a.) **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, (A Rogo) **JHOBSON BARROS CARNEIRO** SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade, **DIMAS DE ALBUQUERQUE CÉSAR JÚNIOR - TABELIÃO PÚBLICO E OFICIAL REGISTRADOR INTERINO**. Está conforme o seu original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização. Selo nº 0075077.TH11201601.02498. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

SUBSCREVO E ASSINO

Em testemunho da Verdade.

Bela Vista - CEP 55060-010

RECIFE-PE

VALIDAR EM TODOS OS SISTEMAS DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO DO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Estado de Pernambuco



124609

AAA

1000/454/0001-1
TRACAO CORRIGIDA
DE SEGUROS LYON
27 JUN 72
Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Bom Retiro - RJ - 20060-000

DIMAS DE ALBUQUERQUE CÉSAR JUNIOR
TABELIÃO PÚBLICO E OFICIAL REGISTRADOR INTERINO

Ba DIMAS A. CÉSAR



Carteira que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi autenticado, no qual autentica-se o nº. 0
1000/454/0001-1, TRACAO CORRIGIDA, 27/12/2019
Diz: Belém, 27/12/2019. Ocorrência autenticada
em www.tjpe.jus.br/sef/010101

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231405/18

Número do Sinistro: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

CPF: 045.492.094-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/08/2016

Titular do CPF: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA : 045.492.094-61

Autorização de pagamento

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: 05/09/2018
Nome: JOSE AILTON DA SILVA
CPF: 882.665.404-20

JOSE AILTON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

