

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - PERNAMBUCO

JOSEMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSÃO:
8881091-808 PE

CPF:
086.761.834-10

DATA NASCIMENTO:
31/10/1993

FILIAÇÃO:
JOSEHILDO DOMAS DE ALB
QUERQUE
ELIZABETH MARIA DE SANTAN
A

PROFISSÃO:
PROFISSIONAL

DATA CADASTRO:
06/05/2013

DATA EXPIRAÇÃO:
28/01/2024

DATA VALIDADE:
28/01/2024

LOCAL:
GOIANA, PE

DATA EMISSÃO:
29/01/2013

PERNAMBUCO

1756890704

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

3190/354706

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTRO E TITULAÇÃO
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

8881091 PER PE

088.761.834-10 **31/10/1993**

JOSEILDO GOMES DE ALD
QUEIROZ
ALYANE MARIA DE SANTAN
A

28/01/2014 **16/10/2014**

1756890704

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12.11.19
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS COMÉRCIO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSTRUÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOAQUIM CARLOS RAMALHO DE CARVALHO

Doc. Identific. (RG) 4117118-0000-00

Sexo: M

Data de Nascimento: 02/11/1991

Profissão: MONTADOR DE MÁQUINAS ALUMINADAS DE CARVALHO

Endereço: RUA DE CARVALHO, 1000 - ALUMINADAS DE CARVALHO

Cidade: RECIFE - PE

Estado: PE

CPF: 04903238030

Data de Emissão: 09/01/2000

Data de Validade: 10/03/2010

Observações:

Assinatura: [Assinatura]

Nome: JOAQUIM CARLOS RAMALHO DE CARVALHO

Data de Emissão: 10/01/2015

CPF: 04903238030

Nome: DETRAN - PE (DEPARTAMENTO NACIONAL DE INSTRUÇÃO)

05.802.494/0001-41
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE Nº 014984684957

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 505052729 2011

ROSTIVAN LIMA DO NASCIMENTO

GOIANA - PE 0

020 199 559-01 PGD5492

PLACA ANT / 03 9CEKCL670DR488395

PAZ / MOTOCICLONET AUCO/GA50

HONDA/CG 150 FAN EST 2013 2013

2R/149CL PAVIC PRETA

1 LEVA 2013 QUITADO 1º 2º 3º
V JABALINA PAVICAMENTO/DOAS 2º 3º
A 1 3º

00.11 0.02 64.80 10/01/19

SEM RESERVA

GOIANA 07/02/11

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE RANOS E PASSAGERS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014984684957 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ROSTIVAN LIMA DO NASCIMENTO

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

GOIANA - PE 0

020 199 559-01 PGD5492

PLACA ANT / 03 9CEKCL670DR488395

PAZ / MOTOCICLONET AUCO/GA50

1 LEVA 2013 QUITADO 1º 2º 3º
V JABALINA PAVICAMENTO/DOAS 2º 3º
A 1 3º

00.11 0.02 64.80 10/01/19

SEM RESERVA

GOIANA 07/02/11

Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente DETRAN/PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354406 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 27/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (CORTO NA REGIÃO FRONTAL).
FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DO ÚMERO(PÁG 6).
ALTA (PÁG 7).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO DE 28/05/2019, ACOSTADO NA PÁGINA 11.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190354406 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 27/02/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (CORTO NA REGIÃO FRONTAL).
FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (PÁG 6).
ALTA (PÁG 7).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190354406

Vítima: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Data do Acidente: 27/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

Valor: R\$ 843,75

Banco: 033

Agência: 000004065

Conta: 000001030732-5

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 086.761.934-10 Nome completo da vítima: Josimar Santana de Albuquerque

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

Nome completo: Josimar Santana de Albuquerque CPF: 086.761.934-10
Profissão: REPERCUSSÃO Endereço: Trav. do mega 8º Número: 3N Complemento: _____
Bairro: Imperiano Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: diminoria.goiana@gmail.com Tel. (DDD): 51 9.9808-6287
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) 51 3626-3774

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4065 CONTA: 01030732 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou descendente (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Goiana - PE 29.05.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 MAI 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C
Assinatura Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 Nº do sinistro ou RJL: _____ CPF da vítima: **096.761.934-10** Nome completo da vítima: **Josimar Santana de Albuquerque**

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

 Nome completo: **Josimar Santana de Albuquerque** CPF: **096.761.934-10**
 Profissão: **Recusou** Endereço: **Tran. do migo o'** Número: **3N** Complemento: _____
 Bairro: **Teupurano** Cidade: **Goiana** Estado: **PE** CEP: **53900-000**
 E-mail: **albuquerque.josimar@gmail.com** Tel. (DDD): **(51) 9.9808-6287**
 Declara, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) **(51) 3626-3771**

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)
 Nome do BANCO: **Santander**
 AGÊNCIA: **4065** CONTA: **01030732** **(5)**
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Local e Data: **Goiana - PE 29.05.19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem atua A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

 1ª | Nome: **05.802.494/0001-41**
 CPF: **TRACÃO CORRETORA**
DE SEGUROS LTDA
 Assinatura: **12 JUN 2019**
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. F
 RECIFE-PE
 Assinatura: _____
 RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Extrato



MENU

Agência / Conta
4065 / 01.030732.5

Saldo em conta
R\$ 10,42

Sld. CC + Limite: R\$ 10,42

Todos

Débito

Crédito

04 junho

SALDO ANTERIOR

R\$ 0,72 >

06 junho

RESG POUP - SUPERLINHA / INTERNET
DE: 4065.60.015441-2

R\$ 200,00 >

06 junho

TED DIFERENTE TITULARIDADE CIP
Joseane Amaro Chagas

R\$ -150,00 >

06 junho

TRANSFERENCIA PARA CONTA
POUPANCA PARA: 4065.60.015441-2

R\$ -30,00 >

07 junho

TARIFA TEDELETRONICO
06/06/2019

R\$ -10,30 >

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

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

Selecionar Período



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134001018

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/04/2019** às
12:32

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **27/2/2019** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 049,
PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GEILZA GOMES DA CRUZ (NOTICIANTE)
ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO (OUTRO)
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (OUTRO)
JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO (VÍTIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)
Sr(a): JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

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

JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO (não presente no plantão) - NIC: 0000 Sexo:
Masculino Mãe: VALDECI DIAS DE ALENCAR Pai: JOSE GABRIEL DE ALMEIDA Data de
Nascimento: 12/7/1990 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 06, RUA DO ROSARIO, 06 - CEP: 0 - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

GEILZA GOMES DA CRUZ (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE
LOURDES GOMES Pai: MARINALDO BERNARDINO DA CRUZ Data de Nascimento:
12/12/1984 Naturalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: VIÚVA
Escolaridade: DESCONHECIDO Telefones Celulares:
- 981704001

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RUA NOVA DIVISÃO, 0/N - CEP: 0 -
Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
29 MAR 2019

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPre...

ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **ACOMPANHANTE**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE**

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

Placa: **P0D5482** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **556982739** Chassi: **8C2KC1670DR43E326**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO SEU MARIDO SOFREU UM ACIDENTE DE TRANSITO ONDE UM VEICULO SENDO CONDUZIDO POR UM ASTRA PRATA DE PLACA KHS 4873, CONDUZIDO POR MOTORISTA DESCONHECIDO, CHEGOU A COLIDIR NO VEICULO EPIGRAFE, ONDE CHEGOU A CAÍREM NO CHÃO, O QUAL SEU MARIDO ESTAVA NA GARUPA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, O QUAL CHEGOU FALCER NO OUTRO DIA O SR. JOSE GABRIEL DE ALMEIDA FILHO TENDO EM VISTA DE UM EDEMA CEREBRAL, HEMORRAGIA CARDIACA E TRAUMATISMO ENCEFALICO, TENDO O CONDUTOR JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE FRATURA DE DIAPASE DE UNERO DIREITO, SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, A VISTA DAS DOCUMENTACOES LEGAIS ENCERRO O PRESENTE REGISTRO

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

Geilza Gomes da Cruz
GEILZA GOMES DA CRUZ
(NOTICIANTE)

S.O. registrado por: **LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO** - Matrícula: **3870878**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 086.761.934 - 10 Nome completo da vítima: Gasimar Santana de Albuquerque

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

Nome completo: Gasimar Santana de Albuquerque CPF: 086.761.934 - 10
Profissão: Reformado Endereço: Trav. do mega 0º Número: 3N Complemento: _____
Bairro: Tupacupano Cidade: Goiânia Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: gmsantana.goiama@gmail.com Tel(DDD): (51) 9.9808-6287
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (51) 3628-3771

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4065 CONTA: 01030732 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, anelando cliente, 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.

Local e Data: Goiânia - PE 29.05.19

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: 05.802.434/0001-41
TRACÃO CORRETORA
Assinatura DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: 29 MAI 2019
CPF: _____
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Assinatura Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a danhar o conteúdo do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

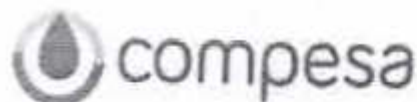
CLIENTE: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04065

CONTA: 000001030732-5

Nr. da Autenticação 2BCD0825EF97E853



AVENIDA CRUZ CARVALHO - NÚM. 1367 - JARDIM AMARO RECIFE PE
 CEP: 50040-000. Fone: (081) 3800 081 0195
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014399-2
 CNPJ: 09.765.035/0001-68
 Qualidade de Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20190310399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

RELATÓRIO DA CONTA LEITE NOVO

R. DO CAXIAS, N. 60105 - CASA-2 - CENTRO GOIANA PE 55300-000

INSCRIÇÃO: 022.490.745.0134.000

GRUPO: 113

OPÇÃO D.E.S. AUTOMÁTICO: 01039944.0

01039944.0

03/2019-2

LEITADO	POTENCIAL	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
ALIP/161542	08/03/2019	07/04/2019	07/04/2019
ÁGUA		ESGOTO	
LEIT. ANT.: 343	CONSUMO: 1	LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 344		LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 344		LEIT. FAT.: 0	

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
02/2019	14	0,00
03/2019	27	0,00
04/2019	41	0,00
05/2019	27	0,00
06/2019	13	0,00
07/2019	17	0,00
08/2019	17	0,00

PARÂMETROS

TURBIDIDADE
 COM APARELHO
 CLORO RESIDUAL
 COLIFORMES TOTAIS
 E. COLI

EXEC. PELA DOME	NÚMERO DE AMOSTRAS
NO 2.014/11	ANÁLISES REALIZADAS
46	46
46	46
46	46
46	46
46	46

ATENÇÃO A

LEGISLAÇÃO

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS SUSCITA EM 24H DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
 (2) DE PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESPECIFICADA QUE O CLORO RESIDUAL SÃO
 INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
 (3) DE PARÂMETROS COM E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES REDUTIVAS AO RISCO
 VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

1 M3

80,75

27,13

FIXO	40,75	1,00	1,00
COEFV	40,75	7,85	4,50

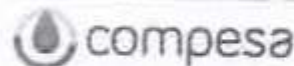
20/05/2019

27,88

VALOR A PAGAR

DEBITO 0000 DEBITO

DEBITO 0000 08/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
 SACATORES: 0800-0810185

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

Arpe Agência de Regulação
 de Pernambuco

0800-2813844

01039944.0

03/2019-2

20/05/2019

87,88

VALOR A PAGAR

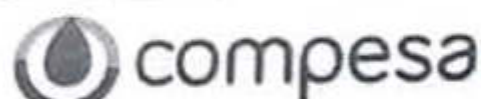
CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 87880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA NUNES MACHADO - NUM. - S/N - CENTRO GOI
ANA PE 55900-000

DADOS DO CLIENTE
JOSENILDO GOMES DE ALBUQUERQUE MATRÍCULA: 33028466 Mai/2019
TV DE MEGA0, N. 00011 - - TEJUCUPAPO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 200.400.445.0046.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 033028466

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS		PÚBLICA
			COMERCIAL	INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO A185374364	DATA LEIT. ANTERIOR 11/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL		

ÁGUA:
LEIT ANT: 244 CONSUMO: 1
LEIT ATU: 245
LEIT FAT: 245

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

04/2019 03
03/2019 04
02/2019 04
01/2019 04

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	10	10	10
COR APARENTE	10	10	10
PH	10	10	10

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



AVENIDA CRUZ CARUÇA - JARDIM, 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000, Fone: (081) 0800 091 0193
Inscrição Estadual: 15.1.001.0014398-2
CNPJ: 05.769.035/0001-68
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190310399440

Escritório: GOIANA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

HELICIO DA COSTA LEITE NETO

R. DO CANTAR, N. 90170 - CASA-D - CENTRO GOIANA PE 55900-000

INSCRIÇÃO: 067.490.765.0134-000

GRUPO: 13

OPÇÃO MÊS. AUTOMÁTICO: 01039944.0

LIGADO	POTENCIAL	01/04/2019	02/04/2019	03/04/2019	04/04/2019	05/04/2019	06/04/2019	07/04/2019	08/04/2019	09/04/2019	10/04/2019	11/04/2019	12/04/2019	01/05/2019	02/05/2019	03/05/2019	04/05/2019	05/05/2019	06/05/2019	07/05/2019	08/05/2019	09/05/2019	10/05/2019	11/05/2019	12/05/2019		
ALZ161356	08/03/2019	07/04/2019	REAL /																								
Água	CONSUMO: 1										ESGOTO										VOLUME: 0						
LEIT. ANT.: 343											LEIT. ANT.:																
LEIT. ATUAL: 344											LEIT. ATUAL:																
LEIT. PAT.: 344											LEIT. PAT.:																
HISTÓRICO DE CONSUMO										NÚMEROS DE AMOSTRAS										ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO							
REFERÊNCIA/CONSUMO										EXIG. SELA PORT. Nº 2.914/11										ANÁLISES REALIZADAS							
01/2019 1/										TURBIDIDADE										46				46			
02/2019 1/										COR APARENTE										46				46			
03/2019 8/										CLORO RESIDUAL										46				46			
04/2019 1/										COLIFORMES TOTAIS										46				46			
05/2019 19/										E.Coli										46				46			
06/2019 1/										OBSERVAÇÃO: 1) COLIFORMES TOTAIS AGENCIA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
MÉDIA 4/ 0										2) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										3) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										4) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										5) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										6) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										7) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										8) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										9) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										10) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										11) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	
										12) DAS AMOSTRAS COLIFORMES TOTAIS, ENCONTRADA EM 15% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.																	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

COMERCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

ESPELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 1/3

CONSUMO POR FAIXA

1 M3

VALOR R\$

60,75

27,13

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2019

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

FAIXA	60,75	1,45	1,00
CORRETE	60,75	7,40	4,42

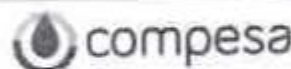
20/05/2019

TOTAL A PAGAR:

87,88

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 09/04/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

SAQUE: 0800-0810185

Arpe Agência de Planejamento e Pesquisas

0800-2813844

01039944.0

03/2019-2

20/05/2019

TOTAL A PAGAR:

87,88

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82850000000-0 87880018062-0 01039944001-9 03201920003-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 06 | 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/BIBLIOTECASWEB/DCCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29E36>

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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

Pelo exposto, eu Aouá Guilherme mangabeira de Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 093.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Josimar Santana de Albuquerque inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.761.934 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizar da Vítima Josimar Santana de Albuquerque

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.761.934 / 10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>amvrosoria.goiana@gmail.com</u>	CEP: <u>55900-000</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.9808-6287</u>

Local e Data: Goiana - PE 29.05.2019

Assinatura do declarante
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0600 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 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosivan Lima do Nascimento,

RG nº 5389987, data de expedição 30/12/13,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 028199554-01,

com domicílio na cidade de Goiânia, no Estado de

Goiás, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Sarapuí, nº _____,

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

Josimar Santana de Albuquerque, cujo o condutor era

Josimar Santana de Albuquerque.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 150 Fan Ano: 2012

Placa: PGD5492 Chassi: 9C2KC1670D0436385

Data do Acidente: 27/02/19

Local e Data: Goiânia PE 20/03/2019

Rosivan Lima do Nascimento

Assinatura do Declarante

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

 Serviço Notarial e Registral do 9º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Brito nº 121 - Vila Ypoc - 41334-070 - Belo Horizonte - MG - CEP: 41334-070 - Fone: (51) 3082-1111 - E-mail: atendimento@cartorio9.com.br

Reconhecimento Por Autenticidade a firma de: ROSIVAN LIMA DO NASCIMENTO. Dou fe.
Guia nº 20/03/2019. Em test. da veracidade. A tabelá

Rosivan Lima do Nascimento
Emitido R\$ 3,61, TSNR R\$ 0,80, PERC R\$ 0,40, Total: 4,79. Selo:

0077629 DAA63201902.00075 consulte autenticidade em www.tribunalmt.com.br
para verificação digital

Escrevente



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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



SAMU
192

HORA DO CHAMADO: 21:24
CHEGADA AO LOCAL: 22:24
HORA DA CONCLUSÃO: 04:24
CHEGADA A BASE: 02:15

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 24.02.19
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: colisão carro + moto

NÚMERO DA OCORRÊNCIA: 9595282
VIATURA: UTI ☒ BÁSICA ☒

TIPO / LOCAL DE OCORRÊNCIA

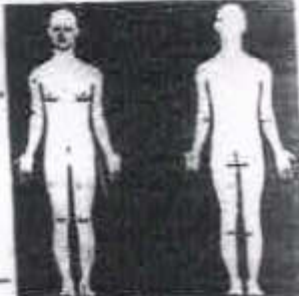
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) ☐ CAUSA CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ REMOÇÃO ☐ seu
VIA PÚBLICA ☒ DOMICÍLIO ☐ LOCAL DE TRABALHO ☐ TRAJETO DO TRABALHO ☐ EMPRESA ☐

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO DO PACIENTE: Joimar Santana Albuquerque IDADE: 24 ANOS
SEXO: M (x) F () PROFISSÃO: sem FONE: sem
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Rua da Matriz s/n BAIRRO: Tejuaponte
NOME DO SOLICITANTE: Graciele FONE: sem
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: PE-119 Tejuaponte BAIRRO: sem
REFERÊNCIA: PROX: 900m do Distrito

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ÔNIBUS ☐ CAMINHÃO ☐ CARRO DE PASSEIO ☐ MOTOCICLETA ☒ PLACA sem
ATROPELAMENTO: PEDESTRE ☐ CICLISTA ☐
AUTOMÓVEL (COLISÃO): PASSAGEIRO ☐ MOTORISTA ☐ BANCO DE TRÁS ☐ BANCO DA FRENTE ☐ USO DO CINTO: S ☐ N ☐
MOTOCICLETA: MOTOCICLISTA ☐ PASSAGEIRO ☒ USO DO CAPACETE: S ☐ N ☒
SEMI-AFOGAMENTO/SUBMERCÃO ☐ SOTERRAMENTO ☐
INTOXICAÇÃO EXÓGENA ☐ ANIMAIS PEÇONHENTOS ☐ AGENTE CAUSADOR: sem
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA/CHOQUE ELÉTRICO/SUBS. QUÍMICA ☐
QUEIMADURAS: 1º G ☐ 2º G ☐ 3º G ☐
QUEDA: ☐ ALTURA APROX. sem METROS ☐ QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA ☐
AGRESSÕES: ☐ POR ARMA DE FOGO/TIPO: sem ☐ ARMA BRANCA/TIPO: sem
AGRESSÃO SEXUAL ☐ MAUS TRATOS ☐ OUTROS ☐ CITAR: sem
MECANISMO DO TRAUMA: ☐ IMPACTO FRONTAL ☐ IMPACTO LATERAL ☐ IMPACTO TRASEIRO ☐ HUSCÃO ☐ CAPOTAMENTO ☐



CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL: vítima de colisão moto + carro com E.G.R.
levemente ferido, com vários ferimentos +
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: trauma no tórax D.

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS FR ☐ DISPNEIA S ☐ N ☒ TIRAGEM INTERCOSTAL: S ☐ N ☒ GLICEMIA (HGT) 141
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS S ☐ N ☒ SIBILOS EXPIRATÓRIOS: S ☐ N ☒ BAR: S ☐ N ☒ TEMP: 37.0
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S ☐ N ☒ LESÕES DE FACE: S ☐ N ☒ RETRAÇÃO XIFÓIDE: S ☐ N ☒
DEFORMAÇÃO DO TÓRAX: S ☐ N ☒ GEMIDO/ESTRIDOR: S ☐ N ☒ DIST. PALACHORO: S ☐ N ☒
CIRCULAÇÃO PA: 130/80 PERFUSÃO PERIFÉRIA: BOA ☒ INESTABILIDADE: sem PULSO: sem
CORORAÇÃO DA PELE NORMAL: S ☐ N ☒ PALIDEZ: S ☐ N ☒ CIANOSE: S ☐ N ☒
SUDORESE: S ☐ N ☒ DESIDRATADO: S ☐ N ☒ ICTERICO S ☐ N ☒

RM: 120 - 160
C 1 ANO: 90 - 140
Criança: 80 - 110
Adulto: 60 - 100



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 467319

Data e Hora: 27/02/2019 23:34

Senha da Classificação:

0025

Paciente: 123397 JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/10/1993 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELIANE MARIA DE SANTANA

Nome do Pai: JOSEILDO GOMES DE ALBUQUERQUE

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12348

Endereço: RUA DA MATRIZ

- SÍTIO SARAPIOR

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 23:35

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente motorciclístico sem capacete com relato de perda de consciência e dor no MTD

Exame Físico

A: físico com sinais vitais: EC: 15.

R: MTD simétrico E: ausência de contusão L

C: FC: 80 e nível pontif. MTD imobilizado

Hipótese Diagnóstico

Politrauma - TCE grau I / MTD

Prescrição Médica

Sol. TAC de crânio s/ contraste

Sol. Rx do tórax e MTD.

em tomografia: Realizado exame de tomografia computadorizada em nível frontal: após lavagem com SGA 9% e cloroformo bromado TAC de crânio s/c, sem lesões agudas. Lesões cerebrais em nível EC: 15, isquemia RMC.

*Dr. Rodrigo Montem
Cirurgia Vascular
CRM: 15.932*

Assinatura e Carimbo/Médico

2) AOS cuidados de enfermagem

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

*Rob Estrella
Médico Sênior
CRM: PE 2884*

05.802.494/0001-1

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



ATENDIMENTO: 487319

REGISTRO: 123397

PACIENTE: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE

NASCIMENTO: 31/10/1993 IDADE: 25

SEXO: MASCULINO

MÃE: ELIANE MARIA DE SANTANA

ENDEREÇO: RUA DA MATRIZ, NÚMERO:

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIÂNIA

AValiação PRIMÁRIA: ALERTA () RESPOSTA VERBAL () RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO () IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	TOTAL PONTOS
1. Abertura ocular espontânea	4. Orientado	6. Obedece comando	15
2. Abertura ocular à voz	3. Confuso	5. Localiza estímulos dolorosos	
3. Abertura ocular à dor	2. Resposta inapropriada	4. Resposta ao estímulo doloroso	
4. Sem abertura ocular	1. Sem inteligibilidade	3. Flexão anormal (demonstração)	
	0. Sem resposta verbal	2. Extensão anormal (demonstração)	
		1. Sem resposta motora	1

TESTES DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DEFICIT MOTOR () DESVIO DE COMISSURA LABIAL () DIFICULDADE NA FALA ()

AValiação DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIASE () MIOSE ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESENCIA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N () FRATURA PÉLVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N () FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S () N ()	REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: S () N ()
OXIGÊNIO: CATÉTER () VENTURI () CPAP ()	INFUSÃO DE FLUÍDOS: S () N ()
ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES: S () N ()	OUTRAS CONDUTAS: _____
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: S () N ()	INTERCORRÊNCIAS: _____
VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE: _____ FIO2: _____	

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

USOU ÁLCOOL: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

MAIOR ALCOÓLICO () ALTERAÇÃO NA MARCHA () SONOLÊNCIA/AGITAÇÃO () ALTERAÇÃO NO HUMOR () RIBOL, CHORO, BRITAÇÃO

USOU OUTRAS DROGAS: S () N () INFORMANTE: VÍTIMA () OUTROS () ESPECIFICAR: _____

LOLO () MACONHA () COLA () COCAÍNA () CRACK () LANÇA-PERFUME () AMPETAMINA () ÉXTASE ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: _____ REGISTRO NO HOSPITAL: _____

MÉDICO QUE RECEBEU: _____ ASSINATURA: *Dr. Orlando*

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N ()

PRACA RETIDA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N () PRANCHA RETIDA: S () N ()

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR: *Dr. Orlando* MÉDICO ASSISTENTE: _____

ENFERMEIRA: *Graci* SOCORRISTA: *Helena*

CONDUTORISTA: _____ OPERADOR DE FROTA: *Marcelo*

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: *Marcelo*

Exoneração de Responsabilidade

O subscrito certifica que a pessoa recusa atendimento contra orientação médica

Data: 1 / 1 / 2019

05.802.494/0001-11

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

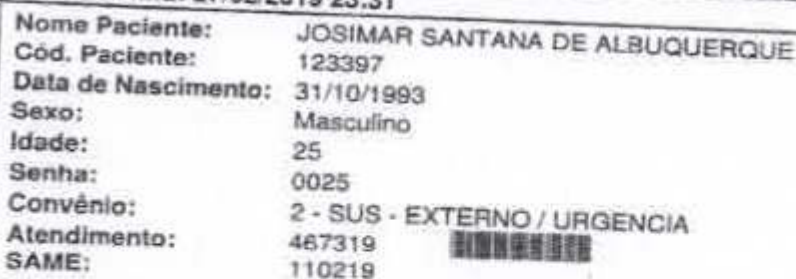
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/02/2019 23:31



Periodo: 27/02/2019 23:59 - 28/02/2019 00:01

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cot

EMERGENCIA VERMELHO

Queixa Principal:

POLITRAUMA COLISAO (MOTO X CARRO),NAO UTILIZAVA CAPACETE ,NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.
APRESENTA DOR INTENSA EM REGIAO CRANIO DOLOR AO TOQUE + CORTE EM REGIAO FRONTAL DIAMETRO MEDIO+ ESCORIAÇÕES EM REGIAO NARIZ + ABDOMEM+ EDEMA DE LABIOS.
MSD (BRAÇO FRATURA FECHADA) + ESCORIAÇÕES EM PUNHO + DORSO MAO+ QDE + MMII(JOELHOS).
NEGA HAS-/DM-/ALERGIAS.
CHEGA EM USO DE COLAR CERVICAL + PANCHA.
OBS:PACIENTE NAO LEMBRA COMO OCORREU ACIDENTE.

Observação:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(as):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

CIRURGIA GERAL

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 102.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Novel - *Tróia* by Miguel Arraes

Lesão da Pele

Sim () Não ()

Local

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2019 00:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

20 MAY 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

REC 114-54

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG: 123397

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
28/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
3:00	# ADMISSÃO
HAS-	PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, TRAZIDO
DM-	PELO SAMU COM IMOBILIZAÇÃO DE MSD, COLAR CERVICAL
ALERG-	E PRANCHA. PCT COM QUEIXA DE DOR EM BRAÇO DIREITO
	REFERE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA VÔMITOS
	EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL
	MSD: ESCORIAÇÃO EM MÃO, DEFORMIDADE EM BRAÇO D,
	EDEMA 3+/4+, DOR A PALPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE BRAÇO
	ADM DIMINUIDA POR DOR EM OMBRO E COTOVELO D, ADM
	DE ANTEBRAÇO E MÃO PRESERVADA, NVC: PRESERVADO
	RX: FRATURA DIAFISÁRIA DISTAL DE ÚMERO DIREITO
	HD: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DISTAL DE ÚMERO D
	CD: INTERNAMENTO
	SOLICITO PRÉ-OP

~~Dir. Fato e Tiragem~~
~~Unidade Traumatologia~~
~~28/2/19~~

28.02.19

07:00

MSO - Tm. 10 mmol
Paciente em estado
de choque hipovolêmico
no momento
Recebeu oxigênio consuntivo
durante a internação

02.494/0001
CORRETORES
E FIGUROS LTDA

7 - MAI 2019

Av. 175, SL 902 BL. C
VISTA - CEP: 50.060-010
PEFE-PE

MSO - Tm. 10 mmol
NVC
CD: Ab. cirurgião
Ab. PRÉ-OP

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54997
Paciente : 123397
Convênio Atend : 1
Leito : 559
Dt. Início : 04/03/2019 15:00
Cid Pré-Operatório : S423
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0001 SALA 01
JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE
SUS - INTERNACAO
VERD2-06
Dt. Fim : 04/03/2019 20:00
FRATURA DA DIAFISE DO UMERU
Atendimento : 467489
Carteira :
Idade : 25 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408020393
Convênio: 001
Anestesia: 29
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERU (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

QUIRURGO
ANESTESISTA
18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMERU DIREITO
TIPO DE INTERVENÇÃO: RAFI COM PARAFUSOS INTERFRAGMENTÁRIOS + PLACA DCP 4,5 E PARAFUSOS
OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXILIAR: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA
2º AUXILIAR: DRA. JULIANA RESENDE
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DRA. MARIA DA CONCEIÇÃO
01. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA;
 02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MSD;
 03. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS;
 04. REALIZADO INCISÃO POR VIA POSTERIOR EM BRAÇO DIREITO;
 05. DISSECAÇÃO POR PLANOS E REALIZADO HEMOSTASIA, IDENTIFICADOS E ISOLADOS NERVOS ULNAR E RADIAL EM BRAÇO DIREITO;
 06. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA EM DIAFISE DO UMERU COM TRAÇO LONGITUDINAL EM FRAGMENTO DISTAL;
 07. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA EM FRAGMENTO DISTAL E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3.5MM, INTERFRAGMENTÁRIOS;
 08. REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E APOSIÇÃO DE PLACA DCP ESTREITA 4.5MM, 08 FUROS, E FIXAÇÃO COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS E 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS;
 09. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DO IMPLANTE COM AUXÍLIO DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
 10. LIMPEZA COM SF0,9%;
 11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1-0 E NYLON 3-0;
 12. DRENO ASPIRATIVO 3.2;
 13. CURATIVO ESTÉRIL;
 14. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL DO MSD.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM: 24589

DR(A): JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 18757

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO -
TRANSFERÊNCIA - AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA/
BUCOMAXILOFACIAL (HR) 5632675**

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG:123397
IDADE: 25 ANOS SEXO: M DATA DA ADMISSÃO : 28/02/2019 DATA DA ALTA 03/03/19

QP: DOR EM BRAÇO DIREITO SONOLENCIA E TONTURA APÓS ACIDENETE MOTOCICLISTICO
HDA: PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 DIAS , COLISAO CARROXMOTO,
TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR E PRANCHA. COM RELATO DE PERNA DE CONSCIENCIA ,
SEM NAUSEAS OU VOMITOS. FEITO ATLS E TOMOGRAFIAS PRIMARIAS SEM ALTERAÇÕES .
EVOLUIU COM PERSISTENCIA DE SONOLENCIA, CEFALIA TONTURA . ALEM DISSO DOR E
DEFRIMIDADE EM BRAÇO DIREITO. FEITO NOVA TAC DE CRANIO DIA 02/03 ONDE FOI
EVIDENCIADO COLEÇÃO HIPERDENSE EXTRA-AXIAL EM REGIAO FRONTOPIRIETAL DIREITA
CORRESPONDENDO A HEMATOMA SUBDURAL, ALEM DE DESVIO DE LINHA MEDIA. APRESENTA
TAMBEM MULTIPLAS FRATURAS EM OSSOS NASAIS E ETMOIDE.

AP: NEGA ALÉRGICAS E COMORBIDADES

EXAME FÍSICO: REG ORIENTADO CONSCIENTE HIDRATADA AFEBRIL CORADO EUPNEICO
NORMOTENSO HIDRATADO

AR: MV + SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, FR= 14 IRPM, SPO2= 97%

ACV: BNF 2T SS RR FC- 80 BPM PA 130X80 MMHG

ABD: SEM ALTERAÇÕES

NEUROLÓGICO: GLASGOW 14, PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE

*EXTREMIDADES: APRESENTA DOR EDEMA E DEFORMIDADE EM BRAÇO DIREITO SEM LESÃO DE
PELE NV PRESERVADO. APRESENTA HEMATOMA SUBGALEAL EM REGIAO FRONTAL E
ESCORIAÇÕES EM FACE

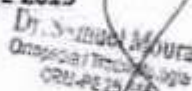
HD: FRATURA FECHADA DA DIAFISE DO UMEROS DIREITO

TCE

FRATURA DE OSSOS DA FACE

PAULISTA, 03 DE MARÇO DE 2019

ATT.


Dr. S. Miguel M. Couto
Otorrinolaringologista
CRM-PE 25.436

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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

RECIBO DE

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSIMAR SANTANA DE ALBUQUERQUE REG: 123397

IDADE: 25 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 28/2/2019 DATA DA ALTA 05/03/19

DIAGNÓSTICO: Lesão de fratura de Ulna Vintu

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: Refi com pontos interfragmentários + placa VCP, pontos (04/03/19)

ORIENTAÇÃO:

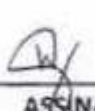
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
 - USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
 - AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia
 - PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()
- Não pisar peso em membro operado

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO () 02 SEMANAS

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dr. Wilson Tiburcio de Moraes
MÉDICO
CREMEPE - 27882

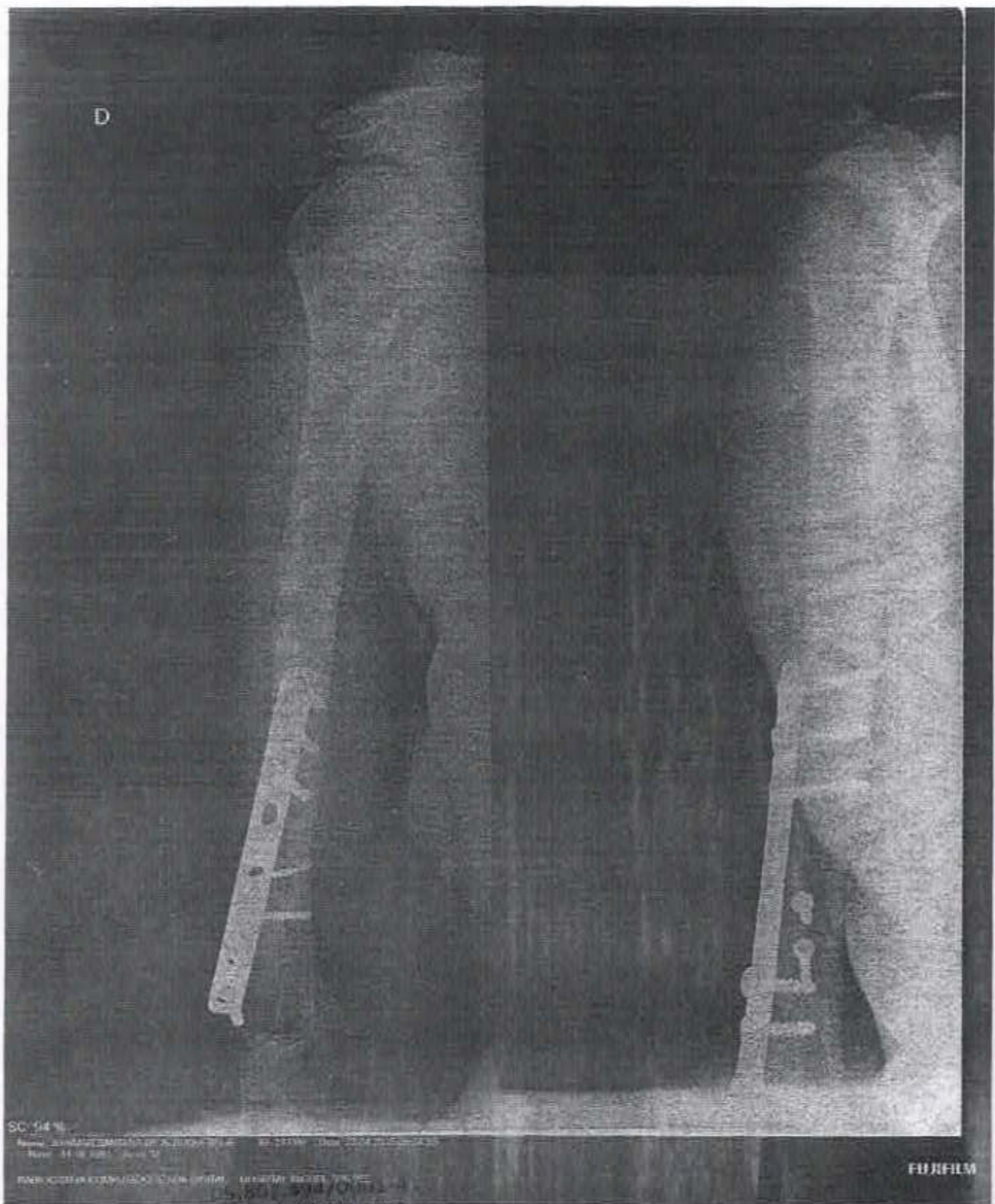

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 MAI 2019

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

RECIFE-PE



Serviço de Imagem:
Raio X
Venenografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

**TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

20 MAI 2009

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

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.lmip.org.br

123397



Exat: HOSPITAL MIGUEL ARRAES - RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - RECIFE - PE
FONE: (071) 3181-9600 FAX: (071) 3181-9617

Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

29 MAI 2019



hma.imlp.org.br

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

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <u>27/02/2019</u>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <u>27/02/2019</u>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <u>Joanna Santos de Albuquerque</u>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <u>- Fratura do úmero Direito.</u>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <u>- Osteossintese com placas e parafusos.</u> <u>- Fisioterapia motora 20 sessões.</u>	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª <u>Dir, déficit de força e ADM no</u>
2ª <u>cotovelo direito com perda de</u>
3ª <u>25% de função.</u>
4ª
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 28/05/19 A 28/05/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Boiana - PE. DATA 28/05/19 ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alisson F. F. Vieira
CRM: 101320-PE
R. 1760

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 MAI 2019

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