
Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326745

Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON SEVERINO FIRMINO

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, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326745

Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON SEVERINO FIRMINO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: WILSON SEVERINO FIRMINO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 0000070826-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 026.098.664-02 Nome completo da vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO

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

Nome completo: WILSON SEVERINO FIRMINO CPF: 026.098.664-02

Profissão: CARPinteIRO Endereço: RUA 42 Número: 95 Complemento: _____

Bairro: MURIBARA Cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA Estado: PE CEP: 54.720-012

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9 8488-7231

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0876 03 CONTA: 00070826 2

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

MORTE

TESTEMUNHAS

Local e Data: OLINDA, 02 DE MAIO DE 2018 1ª Nome: _____

Nome: _____ CPF: 05.802.494/0001-41

CPF: _____

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

2ª Nome: _____

CPF: _____

15 MAI 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL L

Rua Vitor CEP: 50.000-010

Assinatura RECIFE-PE

Wilson Severino Firmino

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Alaone Gomes Costa

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0108000273

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/02/2019** às **13:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/12/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DE APIPUCOS, 01** - Bairro: **APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO**
 /BRASIL - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO 11º BPM.**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)
 WILSON SEVERINO FIRMINO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON SEVERINO FIRMINO**

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

WILSON SEVERINO FIRMINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO** Pai: **JOSÉ SEVERINO FIRMINO** Data de Nascimento: **25/7/1979** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5392803/SSP/PE (RG)** **02609866402 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **CARPINTEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 81986901831**

Residencial: **BAIRRO: PARQUE CAPIBARIBE. - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA QUARENTA E UM, 95 - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBARA - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 01 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WILSON SEVERINO FIRMINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON SEVERINO FIRMINO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYU3674 (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA)** Renavam: **100207982** Chassi: **9C2HB0210ER444656**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRUTORA
 DE SEGUROS LTDA

16 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 900 BL. C
 Boa Vista - CEP: 55060-110
 RECIFE-PE

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HONDA/CR-V** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA O SR. WILSON SEVERINO FIRMINO QUE PIOLTAVA A MOTOCICLETA, PLACA: OYU-3674, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO UM AUTO PASSEIO DA HONDA CRV, DE COR BRANCA, PLACA NÃO ANOTADA, FREIOU BRUSCAMENTE CAUSANDO O ACIDENTE. A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PELO SAMU/RECIFE PARA A UPA/CAXANGÁ ONDE FOI ATENDIDO Nº 1250188, PRONTUÁRIO: 00440285, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VÔMITO E DESMAIO COM LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE.

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

Wilson Severino Firmino
WILSON SEVERINO FIRMINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Givaldo Marcelino dos Santos*
GIVALDO MARCELINO DOS SANTOS - MAT. 153002-0



05-802-494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 B, C
Boa Vista - CEP: 51020-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	026.098.664-02	WILSON SEVERINO FIRMINO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
WILSON SEVERINO FIRMINO	026.098.664-02	
Profissão:	Endereço:	Número:
CARPINTIRO	RUA 43	95
Bairro:	Cidade:	Estado:
MURIBARA	SÃO LOURENÇO DA MATA	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	59.720-012	(81) 9.8482-7232

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0876 03	CONTA: 00070825 2	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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 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:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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: OLINDA 10/02 DE ABRIL DE 2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: 05.802.494/0001-41
	TRAÇÃO CORRETORA
	DE SEGUROS LTDA
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: 16 MAI 2019
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1
	Bom Vista - CEP 50.060-010
	Assinatura
	RECIFE-PE

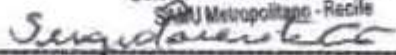
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	019.02.2019
DATA	11.02.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, portador do Documento de Identidade nº **8351765** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **705.296.194-66**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-568836**, que no dia 24 de Dezembro de 2018, o paciente Sr. **WILSON SEVERINO FIRMINO**, portador do Documento de Identidade nº **5392803** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **026.098.664-02**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 16h45, na Avenida 17 de Agosto, Imediações entre a Fundação Joaquim Nabuco e ao 11º Batalhão, no bairro Apipucos, Recife/PE e, em seguida, sendo direcionado para a UPA Caxangá. Recife, 11 de fevereiro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450

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: 27/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON SEVERINO FIRMINO

BANCO: 104

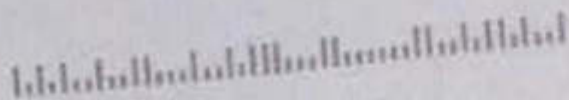
AGÊNCIA: 00876

CONTA: 000000070826-2

Nr. da Autenticação C4779EAAC777CE92

Hipercard

Consulte sua fatura na internet
ou nas caixas eletrônicas do Itaú.



WILSON SEVERINO FIRMINO
R 41 95
MURIBARA
54720-012 SAO LOURENCO DA - PE



22110842201002000002119730 280319
Data de Postagem: 25/03/2019
Data de Vencimento: 05/04/2019
Data de fechamento (entrega): 22/03/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 30/04/2019

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LDA

15 MAR 2019

Rua de Angola, 1817, 5º andar
Bairro: Centro
Cidade: Recife - PE

NOTA FISCAL | FISCAL | CONTRATO DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JACÓ DE BARROS, 111 BOA VISTA
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP: 50030-902
 CNPJ: 10.896.832/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-88



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 9.438, de 26/04/97
 COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810194
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Desagregados
 do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0267
 Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
 Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
 na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
 OZIEL MARIANO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
 28/01/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
 FISCAL
 21/01/2019

CONTA CONTRATO
 0676751025

TOTAL A PAGAR
 R\$ 392,00

DATA DA APRESENTAÇÃO
 21/01/2019
 NÚMERO DA NOTA FISCAL
 047573192

CLASSIFICAÇÃO
 RESIDENCIAL
 Monofásico
 B1

ENDEREÇO
 AV. PROF. AGAMENOM MAGALHÃES, 473
 VILA POPULAR/OLINDA - 53230-016
 OLINDA PE -

PERÍODO CONSUMO
 21/12/2018 a 21/01/2019

CONSUMO
 897

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 8,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 2,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
 0676751025

MÊS/ANO
 01/2019

TOTAL A PAGAR
 R\$ 392,00

VENCIMENTO
 28/01/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
 Evite dobrar e perfurar ou
 rasurar.
 Este canhoto será usado em
 leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838706000235 520000110002 676751025109 136840489532



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - 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 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664, 58,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário WILSON SEVERINO FIRMINO inscrito
(a) no CPF sob o Nº 026.098.664, 02, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
WILSON SEVERINO FIRMINO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.098.664, 02, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME 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>AV. PAD. ALAMENON MANGALHAES</u>	Número	Complemento
Bairro <u>VILA POPULAR</u>	Cidade <u>COLINA</u>	Estado <u>PE</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(81) 9.8488.7534</u>	Telefone celular (DDD)

COLINA, 17 de MAIO de 2019
Local e Data

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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

Nome: 440285-WILSON SEVERINO FIRMINO
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986901831
Idade: 39a 8m 5d Nascimento: 27/05/1979
Mãe: NEUZA TAVARES DE LIMA FIRMINO
Endereço: RUA QUARENTA E UM, 95 - PARQUE
CAPIBARIBE - SÃO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54720012

Data do Atendimento: 24/12/2018
Prontuário: 00440285
Nº Atendimento: 01250188
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE VIÁRIO COM TRAUMA EM JOELHO E PERNA DIREITA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. André Vasconcelos
CRM: 17127

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-12-24 17:26:41

	Nome Paciente:	WILSON SEVERINO FIRMINO
	Cód. Paciente:	440285
	Data de Nascimento:	27/05/1979
	Sexo:	Masculino
	Idade:	39
	Senha:	POR0014
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1250188
SAME:		

Período: 2018-12-24 17:26:41 - 2018-12-24 17:40:08

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, QTC S568836
VITIMA DE QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITO E DESMAIO.
COM LUXAÇÃO DE JOELHO D

Observação: HAS-
DM-
ALERGIA-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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

Acolhido(a) por: RENNUZA RECYLLE RAMOS DA ROCHA - COREN: 548344 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-01-30 12:14:54



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **WILSON SEVERINO FIRMINO**,
prontuário nº 1167104, admitido neste hospital em 29/12/2018 com diagnóstico
de Fratura de Platô Tibial direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 16/01/2019.

Recife, 15 de Fevereiro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412-3800
www.santacasaarrecife.org.br

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

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



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fones: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito CÓDIGO:
0408050551

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar +
Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 / 0408060190 / 0408050152

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Ricardo Lyra	15105
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ORTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito.
Evoluiu com dor, edema local e incapacidade funcional.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operato. Recebe alta para 2º tempo cirúrgico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.280-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 11/01/2019 13:26:02.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 440285-WILSON SEVERINO FIRMINO

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-986901831

Mãe: NEUZA TAVARES DE LIMA FIRMINO

Idade: 39a 8m 5d Nascimento: 27/05/1979

Endereço: RUA QUARENTA E UM, 95 - PARQUE
CAPIBARIBE - SÃO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54720012

Data do Atendimento: 24/12/2018

Prontuário: 00440285

Nº Atendimento: 01250188

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

Conduta:

AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

Avraham Ferreira
UPA CAXANGÁ 24h
Dra Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM: 11787



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:620675 Prontuário:1157104 Data de Nascimento:27/05/79 Idade:39 ANO(S)
Nome do Paciente:**WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F. MAR 2019

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

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 11/01/2019 13:26:02.



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: FAXB 3412-3900 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 07/01/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 07/01/2019-16:13

NOME: HERDSON TERTULIANO DA SILVA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PLATO TIBIAL
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OSTEOTOMIA DE TIBIA
CIRURGIÃO: DR RICARDO LYRA
ANESTESISTA: DR BRENO
ANESTESIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. DVH + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INCISÃO POSTERIOR EM "L" + DISSECAÇÃO POR PLANOS E VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA + REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3,5mm DE EM PORÇÃO PÓSTEROMEDIAL APÓS REDUÇÃO EM ESCÓPIA, E COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS
3. LAVAGEM EXAUSTIVA E SUTURA POR PLANOS E CURATIVO
4. RETIRADA DE GARROTE E E VERIFICADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Dr. RICARDO LYRA DE OLIVEIRA
CRM: 15105

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: RICARDO LYRA DE OLIVEIRA, CRM: 15105, Data e Hora: 07/01/2019 16:13:01.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 903 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	Roteiro 1-2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
CNPJ					
HSA					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE					
WILSON SEVERINO FIRMINO					
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO					
620675					
NOME DO PAI					
NOME DO RESPONSÁVEL					
ENDEREÇO DO PACIENTE					
Cidade					
UF					
CEP					
Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (IHS)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
1. QUAL O PROCEDIMENTO ATUALMENTE EM USO?					
2. QUAL O PROCEDIMENTO QUE SE QUER MUDAR?					
3. JUSTIFICATIVA					
X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
1. QUAL O PROCEDIMENTO ESPECIAL?					
Trat. Cir. de Fratura do Píste Tibial Direito + Osteotomia					
Reconstrução Ligamentar					
2. QUAL O NÚMERO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL?					
0408050551 / 0408050152					
0408080190					
3. QUAL O NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE?					
0702030970 01					
4. QUAL O NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE?					
5					
5. QUAL O NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE?					
0702030724 02					
6. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura do Píste Tibial Direito.					
Operado. Readmitido para 2º tempo cirúrgico.					
Operado. Alta hospitalar após melhora.					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
DR. HENRIQUE BARBOSA					
7. ASSINATURA					
8. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
9. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
10. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
11. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
12. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
13. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
14. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
15. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
16. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
17. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
18. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
19. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
20. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
21. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
22. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
23. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
24. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
25. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
26. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
27. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
28. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
29. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
30. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
31. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
32. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
33. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
34. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
35. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
36. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
37. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
38. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
40. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
41. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
42. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
43. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
44. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
45. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
46. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
47. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
48. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
49. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
50. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
51. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
52. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
53. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
54. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
55. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
56. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
57. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
58. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
59. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
60. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
61. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
62. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
63. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
64. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
65. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
66. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
67. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
68. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
69. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
70. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
71. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
72. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
73. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
74. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
75. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
76. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
77. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
78. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
79. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
80. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
81. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
82. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
83. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
84. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
85. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
86. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
87. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
88. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
89. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
90. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
91. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
92. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
93. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
94. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
95. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
96. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
97. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
98. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
99. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
100. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LYDA

16 MAI 2019

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



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S621 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito CÓDIGO:
0408050551

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar +
Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 / 0408050190 / 0408050152

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ORTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito.
Operado. Readmitido para 2º tempo cirúrgico.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/01/2019 09:13:18.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

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



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

MOTIVO DA ALTA
CURADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/01/2019 09:13:18.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3500 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 620675 Prontuário: 1157104 Data de Nascimento: 27/05/79 Idade: 39 ANO(S)
Nome do Paciente: **WILSON SEVERINO FIRMINO (Lauda para Revisão)** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMING
CPF: 02609866402

Data: 14/01/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 14/01/2019 - 15:24

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Platô Tibial Direito
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Platô Tibial Direito
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Platô Tibial Direito + Reconstrução Ligamentar + Osteotomia
Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa
Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado a redução da fratura. Verificada boa redução cirúrgica da fratura através de scopia em AP e Perfil;
5. Incisão medial e proximal. Dissecção por planos e hemostasia. Dissecado ligamento colateral medial, levantado fragmento com depressão. Realizado osteotomia, lavagem exaustiva. Realizado aposição de 01 Placa + parafusos. Verificado boa posição dos implantes através de scopia. Realizado reconstrução do ligamento colateral sob a placa. Realizado limpeza com SF6,9%. Revisão da hemostasia;
6. Sutura por planos com Vycril e Nylon;
7. Curativo;
8. Verificada boa perfusão distal;
9. Radiografia de controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 51060-010
RECIFE-PE

Relatório Médico de Alta

Nome: WILSON SEVERINO FIRMINO

Reg.: 620676

Pront.: 1157104

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 27/05/1979

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 39

Admissão: 11/01/2019 12:30

Alta: 16/01/2019 09:05



Santa Casa de Pernambuco de Recife
Av. Cardeal Dom Duarte - Santa Casa - Recife-PE
Fone: (81) 3412-3000 | E-mail: saca@participa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Admissão:

FRATURA EM PLANALTO TIBIAL DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS, PACIENTE INTERNAO 29/12/2018, REALIZOU 2 TEMPOS
CIRURGICOS, RECEBENDO ALTA NESTA DATA.

Diagnóstico:

Principal S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	11/01/2019 12:30	16/01/2019 09:05	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº RICARDO LYRA para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JAN 2019

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

Paciente: WILSON SEVERINO FIRMINO
Telefone: 81994432241

Reg.: 620675 Pront.: 1157104
Dt. Nasc.: 27/05/1979 RG: 5392803

Titular: WILSON SEVERINO FIRMINO

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 2 Admissão: 11/01/2019 12:30

CID: S821

Matric:
Leitos: LEITO C2
Convênio: RETAGUARDA GETULIO
OS:

Data/Hora: 14/01/2019 12:07

Exames Solicitados:

1) RX JOELHO/ROT-AP/LAT DIREITO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Propriedade / Transcriteologia
CRM 10531

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 E MAI 2019

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

RECIFE-PE



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

WILSON SEVERINO FIRMINO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: s821

Recife, 10/01/2019

Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologia
CRM 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 F. 111 709

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SOLICITANTE DE LICENÇA SOCIAL

INSTITUTO DE LICENÇAS DE PERNAMBUCO




Wilson Severino Firmino

IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO 5.392.803

DATA DE EMISSÃO 10/03/2011

WILSON SEVERINO FIRMINO >>

INSCRIÇÃO

<< JOSÉ SEVERINO FIRMINO >>

<< NEUZA TAVARES DE LIRA FIRMINO >>

NATURALIDADE

SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO 27/05/1979

INSCRIÇÃO

<< CC 14199 L.B.48 P.100 CART

110DIST - RECIFE - PE 01.08.2008 >>

CPF 026.098.664-02

PTS/PASEP 1290994145-0

Assinatura do Detentor

LEI Nº 7.710 DE 1986

Art. 1º - F-43 12.365 - 462

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

28/05/2011

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>

<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

RECIFE - PE

18/10/1979

0030290 72 OUTUBRO 2003 2 00052 212

029.466.664-56.1

RECIFE

ASSINATURA DO SUBSCRITOR



ALCIONE GOMES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 1002079826
ANO 2018

WILSON SEVERAL FILHO

SAO L. DA MATA - PE

026.098.664-02

PLACA ANO/VIA
026.098.664-02

PAS /MOTOCICLETA

2P/97CL

IPVA 2018 QUITADO

V 1

A 1

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO FACO

SEM RESERVA

SAO L. DA MATA

18/02/18

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013932279890 BILHETE DE SEGURO DPVAT
WILSON SEVERAL FILHO

CASA SAO L. DA MATA-PE

ESTE É 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 18/02/18

026.098.664-02

1002079826

2014

09

09

SEGURO FACO

COBERTURA BILHETE (R\$)

SEGURO FACO

SEGURO FACO

DISTRIBUIÇÃO E GUARDA O BILHETE DPVAT
SIS. NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

2.494/0001-41
CAO CORRETORA
SEGUROS LTDA
1 F MAI 2019
Rua, nº 175, SL 902 BL. C
Vila - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326745 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS + REPARO LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA. (P5 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326745 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON SEVERINO FIRMINO **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS + REPARO LIGAMENTAR) E ALTA MÉDICA. (P5 P8 P12)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: WILSON SEVERINO FIRMINO
 brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: CARPINTEIRO
 portador(a) do RG nº: 5.392.803, órgão expedidor: SSP/PE, inscrito (a)
 no CPF sob o nº: 026.098.664-02, residente na
RUA 41, Nº 95, BAIRRO: MURIBARA
 cidade: SÃO LOURENÇO DA MATA, Estado: PE, CEP: 54.720-012
 telefone: (81) 9.8488-7131 / _____ / _____
 email: _____

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 01 de FEVEREIRO de 2019.



Wilson SEVERINO FIRMINO OS 802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 ASSINATURA DO OUTORGANTE DE SEGUROS LTDA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

16 MAR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, 5A 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

