

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu ANGÉLICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA,
 RG nº 7011168, data de expedição 22/03/2016
 Órgão SDS portador do CPF nº 072.236.524-48, com
 domicílio na cidade de RECIFE no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA QUITANDA E BUAIRAMA nº 61,
 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 ROZENILDO LIMA DE LIMA cujo o condutor era
ROZENILDO LIMA DE LIMA

Veículo MOTOCICLETA
 Modelo HONDA CG 150 START
 Ano 2015
 Placa PDH5053
 Chassi 9C2KC1670FR508035
 Data do Acidente 09/01/2017
 Local e Data Paulista 30/01/2017

05 802 494/0001-4,
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

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

CARTEIRA
 DA PRAIA
 DE CONHECIMENTO
 PLACISTA

RECONHEÇO

Angélica Ferreira de Araújo Lima
 Assinatura do Declarante

X

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

CARTEIRA
 DA PRAIA
 DE CONHECIMENTO
 PLACISTA

Carteira de Conhecimento
 de Placa de Conhecimento
 de Placa de Conhecimento

CARTÓRIO BRITA DA CONCEÇÃO
 Reconheço por AUTENTICIDADE a firma imitada de
ANGÉLICA FERREIRA DE ARAÚJO LIMA
 que comparece c/ o padrão seg. desta serventia. Dou fe.
PAULISTA 30 de janeiro de 2017 10 43 h
 Em testemunho de da verdade
 Denilson R. de M. (Ass. - (3ª Substituta)
 RG 3 4º FERC RJ 0 39 - RG RJ 0 79 Total RG 4 66
 Valido perante cop e selo 0077445 EXH0320 701 02816

Consulte autenticidade em www.tpejca.br/infologica



Data do Atendimento 09/01/2017 Hora 11 42 28 PRONTUÁRIO 141000
No Atendimento 974445 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador CARLA LIMA
Setor / Serviço CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA Sexo M
Data de Nascimento 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses e 23 Dias C 585816
País ou responsáveis ELZANIRA LEAO DE LIMA
Endereço AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA/ 52280680
Cidade RECIFE Tel 81 32691551
Hora do Atendimento ____ / ____ Hs Peso ____ KG Temperatura ____ °C

QPD / HDA *Doi e na região da coxa esquerda após queda de 3 metros no maldom*

EXAME FÍSICO

05 802 494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 - 51 802 64
Boa Vista CEP 50 060-010
RECIFE

DIAGNOSTICO *(1) Fratura bacia esquerda*
(2) fratura coxa esquerda

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Exatidão física
Medicação 5-10

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA

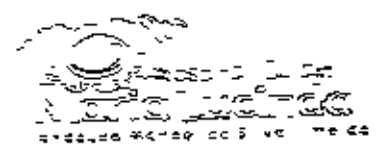
Exatidão física
5-10

*Destino do Paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta a Pedido () Alta ao Dia

☒ Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro

*Condição de Saúde do Paciente ☒ Melhorado () Inalterado () Piorado

Medico - Carimbo e Assinatura



LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS

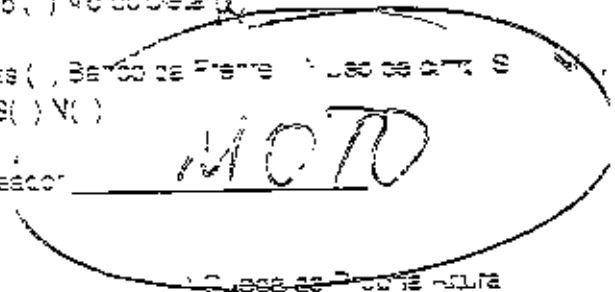
LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

34

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS



LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS, LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS, OBRAS PUBLICAS

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS | LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS |
| LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS | LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS |
| LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS | LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS |
| LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS | LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS |

LAURE JORGE DE A. TINSLEY RAS

EXAME AVALIACAO

Avaliação Primária Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Dorado () Resposta ao Estímulo Auditivo ()

Escala de Coma de Glasgow (EOG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL
Orientado 5
Consciente 4
Resposta inapropriada 3
Sem resposta 2
Sem resposta 1

RESPOSTA MOTORA
Obediente 6
Resposta adequada 5
Resposta inadequada 4
Sem resposta 3
Sem resposta 2
Sem resposta 1

TOTAL DE PONTOS EOG

Sinais de distúrbio cerebral Definitivo () Desconhecido ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar Isocóricas () Anisocóricas ()

Presença de sangramento externo S () N ()
Lesões Intra-Torácicas S () N () Fratura Pelve S () N ()
Lesões Intra-abdominais S () N () Fratura em Cadeia Longa Fraturas

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool S () N () Incontinência Urinária () Curto ()
Hábito Alcoolico () Alteração na Marcha () Sono/estado de consciência ()
Uso outras drogas S () N () Incontinência Urinária () Curto ()
Lólo () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Larga-dor ()

CONDICIONAMENTO E CUIDADOS

Imobilização da Coluna Cervical S () N ()
Imobilização Tala Gessada S () N ()
Antibióticoterapia S () N () Específico ()
Oxigenioterapia Cateter () Ver () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções S () N ()
Entubação Orotraqueal S () N ()
Ventilação Mecânica Modificada ()

TOTAL DE PONTOS

Walter A. Lima

COPIA PARA O HISTÓRICO

Hospital para onde o paciente será

Médico Regulador

Transferência com acompanhamento de 24 horas

Renê G. Silva

Lócus 5022

5022 5022



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA

Reg 1020368

Enf 09

Leito 02

DATA DE ENTRADA 09/01/2016 DATA DE SAIDA 16/01/2017

DIAGNOSTICO DE ENTRADA
LUXAÇÃO RADIOCARPICA

DIAGNOSTICO FINAL
O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA)

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO RADIOCARPICA EVOLUI SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS NA ENFERMARIA RECEBENDO ALTA EM BOM ESTADO GERAL RECEBE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL RETORNAR EM 15 DIAS AO AMBULATORIO DE MAO

DEVERA COMPARECER AO AMBULATORIO DE MAO PARA CONTROLE EM 15 DIAS

Dr Ailton Case Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23979
MEDICO RESPONSÁVEL CRM



****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA PARA AMBULATORIO

NOME DO PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA

PRONTUARIO Nº 1020368 ALTA HOSPITALAR EM 16/01/2017

RETORNAR AO AMBULATORIO DE MAO EM 15 DIAS

MEDICO MAO

MOTIVO ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 16/01/2017

Dr Ailton Case Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23979
OBS: Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo médico do setor solicitante.

002 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175, SL 902 BL C
Pau da Vista CEP 50 060-010
RECIFE PE

VISTO – CHEFE DO AMBULATORIO

- OBS:**
- A ESTE FORMULARIO SÓ SERA ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS
 - B TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE
 - C SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

H.F.
HOSPITAL
OTAVIO DE FREITAS

SFSA/USAM

HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Reginaldo Luiz de Menezes

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 3 (três) dias de afastamento

do trabalho a partir desta data por motivo de doença

c) Diagnóstico Doença

d) Tratamento

Devera retornar ao Ambulatório de MAC
Com 12 dias (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

HOSPITAL/AMBULATÓRIO

LOCALIDADE/DATA

Dr. Ailton Gase Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 23979

Ass. do Médico CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

| | |
|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | 1ª VIA FARMACIA 2ª VIA PACIENTE |
| NOME COMPLETO CRM-PE DATA 16/01/2017 | <i>Dr Ailton Casé Neto</i> Ortopedia e Traumatologia CRM PE 23979 |
| PACIENTE ROZENILDO LEAO DE LIMA | |
| ENDEREÇO | |
| TRAMAL 100 MG -----01 CAIXA 01 DE 8/8H SE DOR MUITO FORTE | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR |
| NOME _____ IDENTIDADE _____ ORG EMISSOR _____ END _____ | |
| CIDADE _____ FONE _____ UF _____ | ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA ____/____/____ |



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipio – Recife – PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

| | |
|---|------------------|
| Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA | Registro 1020368 |
| Clinica ORTOPEDIA | Procedência |
| <u>USO ORAL</u> | |
| 2) DIFIRONA 1000MG -----01 CAIXA TOMAR UM COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS SE DOR | |
| Data 16/01/2017 | |
| <i>Dr Ailton Casé Neto</i> Ortopedia e Traumatologia CRM PE 23979 Medico CRM | |



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento 604658

Prontuário 1020368

Nome ROZENILDO LEAO DE LIMA

Data Nasc 17/08/1982

Idade 34

Sexo

MASCULINO

Cor PARDA

Religião

RF

RG

5658452

SSO/VE

CNS 700209488541124

Endereço RUA UNIAO DA VITORIA

Nº 67

Bairro ALTO JOSE DO PINHO

Cidade RECIFE

Estado PE

CEP 52210340

Fone 558132691551

Celular

Profissão

Companhante

Nome da Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA

Nome do Conjuge

Unidade ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

- ATENDIMENTO - Data 09/01/2017 15:51

Médico MEDICINA

Unidade Principal / HDA

Dr. José Carlos de Souza
Traumatologia
CRM 8500 / BOT 0000

Acidose de mol e fratura no pulso
e PL

Exame Físico

Exame C/PL

PA

FC

FR

Exame de pulso e

Exame Provisório

Exame de pulso e

Exame de pulso e

PL

Prescrição

Dieta

Nota

Horário

REVISADO
17/01/17
Caraculha

Atendimento 604658

CNS 700209488541124

LEAO DE LIMA

paciente 1020368 ROZENILDO LEAO DE CARVALHO
17/08/1982 Idade 34 anos 4 Meses Sexo MASCULINO

Nasc 17/08/1982 Idade 34 40
MÃE ELZANIRA 1 AEO DE IME

End RUA UNIAO DA VITORIA 57 TO JOSE DO PINHO - RECIFE

Telephone 2691.

NOME DO PA

PRONTUÁRIO

SETOR

Observação

101-800

Acompanhante

Nome da Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA

Name do Conjuge

Clinica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2.- ATENDIMENTO

Data: 09/01/2017 15:64

Médico-MEDICOFARMACISTA

Queixa Principal / HDA

co-MEDICOS Souza
Dr Jose Roberto
Traumatologia
8500 5807 1000

Siphon & mol ✓

Exame Físico

Very C/ Sh

| PA | FC | FR |
|----|----|----|
|----|----|----|

172 *Antennae in profile*

Diag Provisório

For our last part of

Mr. Wm. C. C. C.

Ph

rescrição

Dieta

Data

Horario

REVISADO
17-01-17
Cruceca

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA _____

Nome do Paciente Rogério de Jesus IDENTIFICAÇÃO _____ Idade 34

Sexo M () F () Profissão _____ Fone _____

Endereço Residencial _____ Bairro _____

Cidade Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () ☒ **MOTO**
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Sem Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador _____
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda () Altura Aproximada _____ Metros () Queda de Própria Altura
Agressões () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar _____
Mecanismo do Trauma () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual Dor no punho E / braco

Vibração

Hipótese Diagnóstica 1) DOR ATIVA

2) CONTUSÃO

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT) _____ Temperatura _____ FC _____ PA _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
Sibilos Expiratórios S () N () BAN* S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido/Estridor S () N ()
Distúrbio Faia/Choro S () N ()
Agitação Psicomotora S () N () Lesões de face S () N () Retração Xifoide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese S () N () Desidratado S () N () Ictérico S () N ()

FR RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
-culto 12-30

FC RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

HOT-5079756

AVIO DE FREITAS

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

09/01/2017 15 58

Nome Paciente ROZENILDO LEAO DE LIMA
Cod Paciente 1020368
Data de Nascimento 17/08/1982
Sexo Masculino
Idade 34
Senha EA0023
Convênio 2 SUS AMBULATORIO
Atendimento 604658



09/01/2017 15 58 - MARLY MOTA DA SILVA SOUZA - COREN 55110 - FUNÇÃO ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade

AMARELO - URGENTE

Cor

AMARELO

Queixa Principal

PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA NOVA DESCOBERTA SOFREU QUEDA DE MOTO APOS COLISAO MOTO COM CARRO ERA O CONDUTOR DA MOTO TRAUMA EM MSE QUEIXA DE DOR DOR EM COLUNA

Observação

Fluxograma sintoma

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es)

DOR MODERADA?

Especialidade

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s)

Sinais Vitais Lidos

- REGUA DE DOR 5

Acolhido(a) por MARLY MOTA DA SILVA SOUZA
Data 09/01/2017 15 58

EVOLUÇÃO CLÍNICA

OME

Romildo Leas de Lima

LÍNICA.

ENF.:

LEITO:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|------|------|----------|
|------|------|----------|

| | | |
|----------|--|--------------------------------|
| 10/01/17 | | Rx - Fratura - Lesão de partes |
|----------|--|--------------------------------|

| | | |
|-------|--|---|
| 11.00 | | 1. Exames Curativos de Urgência 2. Curativos abertos 3. Dado zero |
|-------|--|---|

George A. C. de Almeida

Ortopedia e Traumatologia

CRM - 173691/TEST 27/01

| | | |
|----------|------|--|
| 10/01/17 | 12hr | # Exames de Sul # Paciente evolui com EG Regular, consciência orientada, eupneia oral, diálise zero, A-V-RSE deambulando, tolera em MSE cf tipo de curativo e pontos de sutura. Procedimento cirúrgico. |
|----------|------|--|

| | | |
|----------|-------|---|
| 10/01/17 | 22:50 | Encaminhado Paciente ao Trauma II Atualização do quadro, aguardando eluxio |
|----------|-------|---|

| | | |
|----------|--|--|
| 11/01/17 | | Terapia ocupacional Paciente avaliado, orientado, independente nas AVD's. Refere que o trauma em RSE foi decorrente de acidente de moto (sic). Permanece em RSE imobilizado com tala luva e h-pare. Paciente quer se deitar em RSE. Observa limitações nas movimentações ativas dos dedos. Orienta quanto ao posicionamento adequado de RSE e início de movimentações ativas dos dedos para retorno funcional. |
|----------|--|--|

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|-------|------|--|
| 12/01 | 17 | Terapia Ocupacional: Paciente sem alterações do quadro. Conduta mantida. Silvana Cristina M. da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO |
| 13/01 | 17 | Terapia Ocupacional: Paciente sem alterações do quadro. Refere que foi submetido a redução cirúrgica em região distal do antebraço e aguarda realização de Rx (SIC). Realiza orientações gerais. Silvana Cristina M. da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO |
| 16/01 | 17 | Terapia Ocupacional: Paciente sem alterações do quadro. Conduta mantida. Silvana Cristina M. da Rocha Terapeuta Ocupacional CREFITO 4689 TO |

| | | | | | | | |
|--|-----------------|------------------------|----------------|----------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Nome do Paciente <i>Raquelino Lda de Lima</i> | | Registro <i>102368</i> | | Enfermaria <i>73</i> | | Leito <i>01</i> | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | Data / Horário | Data / Horário | Data / Horário | Data / Horário | Data / Horário | Data / Horário | Data / Horário |
| | <i>09/01/17</i> | <i>10/01/17</i> | <i>11/01</i> | <i>12/01</i> | <i>13/01</i> | <i>14/01</i> | <i>15/01/17</i> |
| <i>1 - Melhorar dor</i> | <i>16/15</i> | <i>2 ERD</i> | <i>Del</i> | <i>10/0</i> | <i>13/1</i> | <i>14/03</i> | <i>15/01/17</i> |
| <i>2 - Tylenol 30mg 1 em 10 8/8h</i> | <i>2/06</i> | <i>14/2/06</i> | <i>14/2/06</i> | <i>14/2/06</i> | <i>14/2/06</i> | <i>14/2/06</i> | <i>14/2/06</i> |
| <i>3 Insumos p/ curar dor</i> | | | | | | | |
| <i>4 - CCS 15W</i> | | | | | | | |
| <i>SGT 100.8 7 LV</i> | <i>27h</i> | <i>10/30</i> | <i>13/30</i> | <i>13/30</i> | <i>13/30</i> | <i>13/30</i> | <i>13/30</i> |
| <i>SF 2/23</i> | | | | | | | |
| <i>Dr Jose Sergio Souza</i> <i>Traumatologia Ortopedia</i> <i>CRM 8500</i> | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

George A. C. de Almeida
Ortop. e Traumat. - Microsc. e R. 12/01/17 - 14/01/17
Gente

Ricardo



** SES/PUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | | |
|---|---------------------|----------------------|
| NOME DO PACIENTE <u>Raynildo Louro de Loure</u> | | Nº DO REGISTRO _____ |
| CLÍNICO _____ | | Nº DO LEITO _____ |
| OPERADOR <u>Thiago Loure</u> | | |
| 1ª ASSISTENTE <u>Ma Aparecida Loure</u> | 2ª ASSISTENTE _____ | |
| INSTRUMENTADOR _____ | ANESTESISTA _____ | |
| ANESTESIA <u>sedação</u> | DURAÇÃO _____ | |
| DATA DA OPERAÇÃO ____/____/____ | INÍCIO _____ | FIM _____ |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>fratura/luxação de rádio distal</u> (E) | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO _____ | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA <u>Redução fechada fx rádio distal</u> (E) | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA _____ | | |

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob sedação
- 2) manobra de redução fechada, muito realizada ~~por~~ braço redução à radiocópia
- 3) Aposição de aparelho gestado antipalmar

Carla Pereira da Silva
Médica
CRM-PE 18808



ENFERMAGEM

UNIDADE DE SRPA/LIT/SETOR

TE

14/05/2009



HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS

CNS 700209488541124

Atendimento 604708

Paciente 1020368 ROZENILDO LEAO DE LIMA

Clinica CORREDOR SUL

Leito COR 11-5

Nasc 17/08/1982 Idade 34 Anos 4 Meses Sexo MASCULINO

Mãe ELZANIRA LAEO DE LIMA

End RUA UNIAO DA VITORIA

Nº 67

Bairro ALTO JOSE DO F.Cidade REC'FE

Telefone 558132691551

Data At 09/01/2017 23 24

ENFERMARIA SAPA

ATENDIMENTO

LEITO 05

MENTOS

☒ OXÍMETRO DE PULSO ☐ ASPIRADOR ☒ PNI ☐ O2 ☒ MONITOR CARDÍACO ☐ CAPNÓGRAFO

COES O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op

| | CHEGADA | 15 min | 30 min | 45 min | 60 min | 1h 30min | 2h |
|-------------|---------|--------|---------|---------|---------|----------|-------|
| Temperatura | 36.00 | 36.15 | 36.30 | 36.45 | 36.00 | 36.30 | 36.00 |
| Pulso | 98 | 94 | 94 | 92 | 99 | 101 | |
| Pressão | 96/7 | 99/7 | 98/7 | 98/7 | 98/7 | 98/7 | |
| SpO2 (mmHg) | 145x99 | 145x99 | 155x102 | 155x102 | 155x100 | 156x94 | |

LAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

| Setores a serem avaliados | Admissão | Observação | Alta | Observações |
|---------------------------------|---|------------|------|-------------|
| Neurológico | | | | |
| Estado de consciência | Calmo (C) Agitado (A) | C | C | |
| | Agressivo (AR) ou Apático (AP) | | | |
| Via aérea | Via aérea pervia (P) Entubado (ET) | P | P | |
| Narcole | Narcole (N) Sem narcole (SN) Acordado (A) | | | |
| Sons Murmuro Vesicular | Sons Murmuro Vesicular Normal | S | S | |
| Roncos | Roncos (R) Sibilos (S) | | | |
| Estertores | Estertores (ES) Estridor (ED) | | | |
| Exp. Torácica | Exp. Torácica Simétrico (S) Assimétrico (A) | | | |
| Retração muscular | Retração muscular | | | |
| Nível de consciência | Nível de consciência Consciente (C) | C | C | |
| Inconsciente | Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D) | O | O | |
| Pupila Isocóricas | Pupila Isocóricas (PI) | | | |
| Pupila Mioticas | Pupila Mioticas (m) ou Midriáticas (M) | | | |
| Pupila Pontiforme | Pupila Pontiforme (P) | | | |
| Pupila Anisocóricas | Pupila Anisocóricas D>E (A) E>D (B) | | | |
| Cardíaco | | | | |
| Ritmo Sinusal | Ritmo Sinusal | | | |
| Bradicardia | Bradicardia (B) Taquicardia (T) | | | |
| Arritmia | Arritmia | Valor | | Valor |
| Perfusão periférica | Perfusão periférica | Local | | Local |
| Gastrointestinal | | | | |
| Náuseas | Náuseas presente (NP) - Ausente (NA) | NA | NA | |
| Vômitos | Vômitos presente (NP) Ausente (NA) | NA | NA | |
| Abdome | Abdome (P) Globoso (GL) | | | |
| Flácido | Flácido (FL) Distendido (D) | P | P | |
| Opulento | Opulento (DL) Indolor (ID) | | | |
| Diurese | Diurese Ausente (A) | F | F | |
| Presente Espontâneo | Presente Espontâneo (E) | | | |
| SVA ou SVD | SVA ou SVD | | | |
| Retenção | Retenção (RU) Incontinência (IU) | H | H | |
| Hidratado | Hidratado (H) Desidratado (DH) | | | |
| Corado | Corado (C) Descorado (DC) | C | C | |
| Letérico | Letérico (L) Friável (F) | | | |
| Edemaciado | Edemaciado (E) | | | |
| Dissecção venosa | Dissecção venosa (DV) Punção subclávea (PC) | | | |
| Punção jugular | Punção jugular (PJ) | | | |
| Punção periférica | Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP) | PF | PF | |
| Lesão cutânea | Lesão cutânea sim (S) não (N) | | | |
| Cirúrgica | | | | |
| Limpo | Limpo | | | |
| Parcialmente embebido de sangue | Parcialmente embebido de sangue | | | |
| Totalmente embebido de sangue | Totalmente embebido de sangue | | | |
| Drêns | Drêns | | | |

[illegible]



DATA 12/1/16 Urgência (X) Eletiva () Nº Sala Cirurgica (3)
 Paciente Rosângela Rosa de Lima Idade 36
 Reg 3080368 Atend 604308 Circulante Yosy
 Cirurgião Yosy Auxiliar Yosy Anestesiista (a) Marceline
 Enfermeira (a) Yosy Instrumentador(a) Yosy Anestesia Sedação
 Especialidade Uro() Uro PVL() Geral() Geral PVL() Trauma (X) CPRE() Torácica() Torácica PVL()
 CIRURGIA Redução momentânea do pénis

| QTD | DESCRIÇÃO | QTD | DESCRIÇÃO | QTD | DESCRIÇÃO |
|-----|---|-----|---------------------------------|-----|--------------------------|
| | ADRENALINA AMPOLA | | AGULHA 13X4,5 UNID | | ALGODÃO SEM AGULHA Nº |
| | ÁGUA BISTILADA 10ml AMPOLA | | AGULHA 25X07 UNID | | ALGODÃO COM AGULHA Nº |
| | ÁGUA BISTILADA 500ml FA | | AGULHA 40X12 UNID | | CAT. GUT CROMADO Nº |
| | AMINOFILINA AMPOLA | | AGULHA P/ PERIDURAL Nº | | CAT. GUT SIMPLES Nº |
| | AMICACINA AMPOLA | | AGULHA P/ RAQUI Nº | | SEDA Nº |
| | ATACÚRIO (TRACIUM) AMPOLA | | ALG. ORTOPÉDICO (grm) | | MONOLYON Nº |
| | ATROPINA AMPOLA | | ATADURA DE CREPE Nº CM | | MONICRON Nº |
| | BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA | | ATADURA GESSADA 15 CM | | FITA CARDÍACA |
| | CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA | | BOLSA DE COLOSTOMIA | | PROLENE Nº |
| | CLORETO DE POTÁSSIO 19 1% AMPOLA | | CATETER SUBCÁVIA ADULTO | | VICRYL Nº |
| | DECADRON AMPOLA | | CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO | | SOLUÇÕES |
| | DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA | | CATETER PERIDURAL | | ÁGUA OXIGENADA (ML) |
| | DIPIRONA AMPOLA | | CATETER NASAL | | ALCOOL 70% (VL) |
| | DOPAMINA AMPOLA | | CERA PARA OSSO | | ALCOOL IODADO (ML) |
| | CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA | | COLETOR SISTEMA ABERTO | | CLOREXIDINA 2% (ML) |
| | CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA | | COLETOR SISTEMA FECHADO | | DETERGENTE ENZIMÁTICO |
| | CLORIDRATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA | | COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID | | ÉTER (ML) |
| | FENERGAN AMPOLA | | DRENO LÂMINAR Nº | | PVPI DEGERMANTE (ML) |
| | FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA | | DRENO PENROSE Nº | | PVPI TÓPICO (ML) |
| | GLICOSE 50% AMPOLA | | DRENO DE SUÇÃO Nº | | TINTURA BENJOIN (Nº) |
| | GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA | | DRENO TORÁCICO Nº | | MASSAS |
| | HIDROCORTISONA 500mg | | ELETRODOS | | CAPOTE |
| | HIDCINA AMPOLA | | EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS | | BÁSICO VIDEO |
| | HYPAAQUE AMPOLA | | ESPARADRAPO ANT. CM | | BÁSICO AZUL |
| | ISOFLURANE (ML) | | ESPARADRAPO IMPERM. CM | | BÁSICO TORÁCICO |
| | LIQUEMINE (HEPARINA) FA | | GASES PACOTES | | BÁSICO HEMORRHOIDECTOMIA |
| | MANITOL (3%) / (20%) | | JELCO Nº | | BÁSICO DE FISTULA |
| | METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA | | LÂMINA BISTURI Nº 23 | | BÁSICO DELICADO |
| | METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA | | LIGA CLIP Nº 300 | | BÁSICO PROSTATA |
| | NEOCAÍNA 0 5% C/A AMPOLA | | LIGA CLIP Nº 400 | | LAP |
| | NEOCAÍNA 0 5% S/A AMPOLA | | LUVA CIRÚRGICA 7 0 | | KIT URO / RTU |
| | NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA | | LUVA CIRÚRGICA 7 5 | | VIAS BILIARES |
| | NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA | | LUVA CIRÚRGICA 8 0 | | QUIRÓFANO |
| | NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA | | LUVA DE PROCEDIMENTO | | |
| | PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA | | MÁSCARA | | |
| | RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA | | SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº | | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0 9% 1000ml | | SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº | | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0 9% 500ml | | SERINGA 1 cc | | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0 9% 250ml | | SERINGA 5 cc | | |
| | SORO FISIOLÓGICO 0 9% 100ml | | SERINGA 10 cc | | |
| | SORO GLICOSADO 10% 500ml | | SERINGA 20 cc | | |
| | SORO GLICOSADO 5% 500ml | | SERINGA 60 cc | | |
| | SORO RINGER LACTATO 500ml | | SONDA ASP. TRAQUEAL Nº | | |
| | TENDONICAN (TILATIL) 40 mg FA | | SONDA FOLEY Nº | | |
| | XYLOCAÍNA GELEIA | | SONDA NASOGÁSTRICA Nº | | |
| | XYLOCAÍNA SPRAY | | SONDA URETRAL Nº | | |
| | CONTROLADOS | | SONDA RETAL Nº | | |
| | ALFENTANIL (RAPIFEN) AMPOLA | | SURGICEL UNID | | |
| | CLORIDRATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA | | TELA PROLENE CM | | |
| | DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA | | TOUCA | | |
| | FERTAM L FA | | TORNEIRINHA 3 VIAS | | |
| | FELVAMENIL (LANEXAT) AMPOLA | | TRAQUEOSTOMO | | |
| | MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA | | ARTROSCOPIO () | | |
| | MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA | | ARCO CIRÚRGICO () OXÍMETRO | | |
| | MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA | | BISTURI ELÉTRICO () VIDEO () | | |
| | MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA | | CAPNOGRAFO () MONITOR CARDÍACO | | |
| | MORFINA (DIMORF) 0 2mg AMPOLA | | | | |
| | VALIUM (DEAZEPAM) 30 ml AMPOLA | | | | |

| | |
|-------------------|----------|
| NOME DA FIRMA | |
| CAIXA 3 5 | PARAFUSO |
| CAIXA 4 5 | PARAFUSO |
| CAIXA TUBO A TUBO | PARAFUSO |
| FIXADOR EXTERNO | PLACA |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 PATRIMÔNIO NACIONAL - IDENTIFICAÇÃO

NOME
 ROZARIO LEO DE LIMA

FOTO

OCC. PRESENTE: JORNALISMO / JF
 5658151 BSP PR

CPF
 042 075 594 82 DATA NASCIMENTO
 17/08/1982

FUNÇÃO
 ROZARIO CORRÊA DE
 LIMA
 ELIZABETH LEO DE LIMA

PERMISSÃO
 1111

AGE
 34

OUT. HAB.
 A1

Nº REGISTRO
 06363533980

VALIDADE
 03/12/2019

1ª EMISSÃO
 11/05/2015

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ. Remunerada

Rozario LEO de Lima

ASSINATURA DO REGISTRADO

LOCAL
 RECIFE PR DATA EMISSÃO
 12/09/2016

Rozario LEO de Lima

ASSINATURA DO EMITENTE

209 57834516
 98072879157

NÃO É VÁLIDA SEM ESTA
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1224321762

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1224321762



05 802 494/0001-
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

87 ABR 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Flavio Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PE Nº 012238718038
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 1041500026 ***** 2016

NOME
ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA

PAULISTA-PE

CPF/CNPJ PLACA
013 236 524-98 PDH5053

PLACA ANT/LF CHASSI
***** 9C2KC1670ER508035

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG150 START 2016 2015

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PR.DOMINANTE
2P/148CL PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA 2016 QUITADO 1ª *****

FAXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAM.TOT.
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA
PAULISTA-PE 11/06/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE NATUREZA RESERVA OU POR SUA CARGA A PESSOA
TRANSPORTADA QUANTO A SEGURO DPVAT

PE Nº 012238718038 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
PAULISTA-PE 2016 11/06/16

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 013 236 524-98 PDH5053

RENAVAM MARCA/MODELO
1041500026 HONDA/CG150 START

ANO FAB DAT TARE Nº CHASSI
2015 09 9C2KC1670ER508035

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) IR NATHAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.saguradoralider.com.br

DESTAQUE LÍDER E BILHETE DPVAT
Nº 012238718038

05 802 494/0001-
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50.060-010
aport 61

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213118 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA **Data do acidente:** 09/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO



OUTORGANTE: ROZENILDO LEO DE LIMA
 brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: _____
 portador(a) do RG nº 5.658.151, órgão expedidor SSP/PE, inscrito (a)
 no CPF sob o nº. 042.075.574-82, residente na
RUA UNIAO DA VITORIA Nº 67
 cidade: RECIFE, Estado: PE, CEP 52.210-340
 telefone (081) 9 8488-7131 / 19 9895-9388 / _____
 email _____

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, assistente jurídica, inscrita no
 CPF sob o nº 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633.938., com endereço profissional na Av. Gov.
 Carlos de Lima Cavalcante, nº 3995, sala nº 35, Galeria Luz Center, Casa Casada, Ofinda/PE.
 CEP 53.040-000.

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 a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e a
 SUSEP

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

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

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

Recife, 29 de MAIÇO de 20 17



ROZENILDO LEO DE LIMA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório do Registro Civil da 13. Zona Judiciária da Capital
 Verônica SCS - Autenticadora e Tradutora de Cartas
 ROZENILDO LEO DE LIMA
 11ª confor. C/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé
 Recife 29/03/2017 Em test. da verdade
 Total R\$ 4,66 Rodrigo Gonçalves dos Santos
 (Substituto)
 Válido somente com o selo 0073890 CFA03201701 04953



2017 03 29

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170213118

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Data do acidente: 09/01/2017

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Luxação radio ulnar distal

Descrição do exame médico pericial: Apresenta limitação moderada de flexo extensão do punho esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizou redução e imobilização no HOF
Realizou imobilização gessada e fisioterapia
Sem Complicações

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Galdino Leonardo

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

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 punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10866995

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170213118 ASL-0139567/17

Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Data Acidente: 09/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2017

Carta nº: 10867619

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170213118 ASL-0139567/17

Vitima: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Data Acidente: 09/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **09/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11106653

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro: 3170213118 ASL-0139567/17
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA
Data Acidente: 09/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2017

Carta nº: 11194463

A/C: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Sinistro: 3170213118 ASL-0139567/17
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA
Data Acidente: 09/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ROZENILDO LEAO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000194414-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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 |
|---|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU ROZENILDO LEMO DE LIMAPORTADOR(A) DO RG Nº 5.858.551 EXPEDIDO POR SSA/PE EM 12/05/2016CPF 092075574-82 / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO PROFISSIONAL

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA ROZENILDO LEMO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012 que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma ser apresentados

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como CNPJ ou ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular
- Conta tipo FÁCIL - atenção para o limite de movimentação financeira mensal
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal)
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00
- Conta bloqueada - inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários)
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br) bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito
- Contas não pertencentes a vítima/beneficiários

IMPORTANTE Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando escritos à mão por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 10 de JANEIRO de 2017 ROZENILDO LEMO DE LIMA
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo a legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204.



05 802 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 51.902 BL. C
Boa Vista CEP 50.060-010
RECIFE PE



Seguros Univas - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com ~~dados do beneficiário~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ROZENILDO LEÃO DE LIMAPORTADOR(A) DO RG Nº 86 58 151EXPEC DO POR SSP-PEem 11 de 05 de 2015CPF 042075574-82PROFISSÃO PizzaioloE RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROZENILDO LEÃO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, informe-se que os documentos abaixo relacionados são exigidos da seguinte maneira:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Benefício;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scanner colorido), escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

Op. 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

05.802.494/0001-44

INTERMEDIATÓRIA CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

23 MAR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C


Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

ATENÇÃO

Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente em data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a legislação vigente).

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder
Consórcio de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17
Vítima: ROZENILDO LEAO DE LIMA
CPF: 042.075.574-82

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/01/2017
Titular do CPF: ROZENILDO LEAO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROZENILDO LEAO DE LIMA : 042.075.574-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 22/05/2017
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF : 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/05/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49



Jose Soares da Silva Filho

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Rozenildo Leao de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua União da Vitória, 67
Alto José do Pinho Recife PE CEP: 52210-340
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5658151
Data local do exame: [13/06/2017] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

LUXAÇÃO RADIO ULNAR DISTAL

APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

REALIZOU REDUÇÃO E IMOBILIZAÇÃO NO HOF

Data da alta: FEVEREIRO 2017

REALIZOU IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA

Complicações: NÃO HOUVE

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO MODERADA E FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

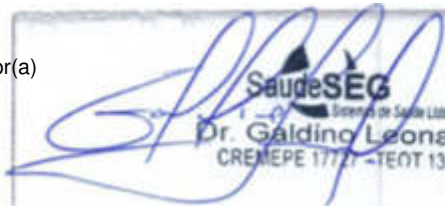
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG
Secretaria de Saúde Ltda
Dr. Galdino Leonardo
CREMEPE 17721 - TEOT 13221



05 802 494/0001-4
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITDA

07 ABR 2017

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS - DPRFV

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 17E0315000052

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2017** às **19 05**

Complementa o BO Numero **17E0315000032**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/1/2017** às **11 42**

Fato ocorrido no endereço **AVENIDA NORTE, 1 - Bairro ROSARINHO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA (OUTRO)
ROZENILDO LEAO DE LIMA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **ROZENILDO LEÃO DE LIMA**
VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**

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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA (presente ao plantão) Sexo **Masculino**Mãe **ELZANIRA LEÃO DE LIMA** Pai **ROMILDO CORREIA DE LIMA** Data de Nascimento **17/8/1982** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial **BAIRRO DE CASA AMARELA (BAIRRO), 67, RUA UNIÃO DA VITÓRIA, CASA AMARELA, CASA C CEP 55000 000 - Bairro CASA AMARELA RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) Sexo **Desconhecido**Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo **Feminino**Mãe **1** Pai **2** Naturalidade **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO 1 (PDH 5053) (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **ANGELICA FERREIRA DE ARAUJO LIMA** que estava em posse do(a) Sr(a) **ROZENILDO LEÃO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo **AUTOMOVEL/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Cor **PRETA** Quantidade **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa **PDH5053 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi **9C2KC1670FR508035**
Descrição **MODELO CG 150**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO** que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo **NÃO INFORMADO/NAO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
Quantidade **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NO DIA 09/01/2017, PILOTAVA A MOTOCICLETA (PDH 5053) PERTENCENTE A ANGELICA PEREIRA DE ARAUJO LIMA, PELA AV NORTE (ROSARINHO RECIFE PE), OCASIÃO EM QUE COLIDIU NA PARTE TRASEIRA DE UM AUTOMÓVEL. NA OCASIÃO, A VÍTIMA FRATUROU O PUNHO. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE NOVA DESCOBERTA (RECIFE PE), POSTERIORMENTE, FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.


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

ROZENILDO LEÃO DE LIMA
(VITIMA)

B O registrado por **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matrícula **209234-4**



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0139567/17
Vítima ROZENILDO LEAO DE LIMA
CPF 042 075 574-82

CPF de Proprio

Data do Acidente 09/01/2017
Titular do CPF ROZENILDO LEAO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALCIONE GOMES DA SILVA 028 466 664-58

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

ROZENILDO LEAO DE LIMA 042 075 574-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência

Portador da documentação entregue

Data 07/04/2017
Nome ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF/CNPJ 028 466 664 58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data 07/04/2017
Nome Jose Soares da Silva Filho
CPF 194 764 344 49

Jose Soares da Silva Filho

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu ROZÉNILDO LERO DE SILVA, portador da carteira de identidade nº 5 658 151 e inscrito no CPF/ME sob o nº 042 073 974-82 residente e domiciliado na RUA UNIAO DA VITORIA Nº 67 LASA - "C" Cidade RECIFE Estado PERNAMBUCO, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6 194/74) uma vez que

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residencia, ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido,

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação em a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal IML concordando desde já em me submeter a pericia medica as custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existencia e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6 194/74

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa pericia não significa previa concordância com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de empenhado caso não conforme do seu conteúdo

05 802 494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50 060-010

RECIFE PE

Rozênildo Lero de Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 10 de Fevereiro de 2017

Local e data

Data do Atendimento **09/01/2017** Hora **11 42 28** PRONTUARIO **141000**
No Atendimento **974445** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador **CARLALIMA**
Setor / Serviço **CONSULTORIO MEDICO**

Nome **ROZENILDO LEAO DE LIMA** Sexo **M**
Data de Nascimento **17/08/1982** Idade **34 Anos 4 Meses e 23 Dias** CI **5658151**
Pais ou responsaveis **ELZANIRA LEAO DE LIMA**
Endereço **AVENIDA NORTE 22 CASA AMARELA/ 52280680**
Cidade **RECIFE** Tel **81 32691551**
Hora do Atendimento **1** / **1** Hs Peso **70** Kg Temperatura **36,5**

QPD / HDA *Do e na repulsa - perna da esquerda ao andar pra cima no instant*

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EXAME FISICO

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50060-010
RECIFE PE

DIAGNOSTICO *① fratura bacia direita e esquerda
② fratura bacia esquerda*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO *Re. bacia, fraturas
de bacia D-10*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA *TMA WVA*

5079756

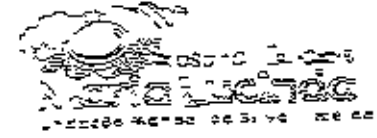
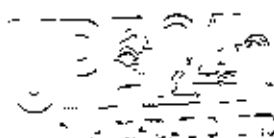
*Destino do Paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatorio () Alta a Pacico () A pedido Das

☒ Transferencia para outra Unidade () Obito () Outro

*Condição de Saude do Paciente ☒ Melhorado () Inalterado () Piorado

CR 115317

Medico - Carimbo e Assinatura



၁၉၄၆ ခုနှစ် ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့

SECRET

CONFIDENTIAL (Continued)

22

11-10-10

34

11

2.2

RESEARCH

32-1

415
416
417
418
419

EX-100 (AC DEFENSE VIOLATION)

On 11/12/1971, Carlo da Passolo () Vorociela

[illegible][illegible][illegible]

(continued)

[illegible][illegible]
$$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$$

Figure 1 is a line graph showing the percentage of total protein in the supernatant fraction of the Golgi apparatus for various proteins. The y-axis is labeled 'Protein' and ranges from 0 to 100. The x-axis is labeled 'Protein' and lists various proteins: α , β , γ , δ , ϵ , ζ , η , θ , ι , κ , λ , μ , ν , ξ , \omicron , π , ρ , σ , τ , ϕ , χ , ψ , ω , and others. The graph shows that most proteins are concentrated in the supernatant fraction, with some exceptions like α and β which are more concentrated in the pellet fraction.

11 407 409 411 413 415 417 419 421 423 425 427 429 431 433 435 437 439 441 443 445 447 449 451 453 455 457 459 461 463 465 467 469 471 473 475 477 479 481 483 485 487 489 491 493 495 497 499 501 503 505 507 509 511 513 515 517 519 521 523 525 527 529 531 533 535 537 539 541 543 545 547 549 551 553 555 557 559 561 563 565 567 569 571 573 575 577 579 581 583 585 587 589 591 593 595 597 599 601 603 605 607 609 611 613 615 617 619 621 623 625 627 629 631 633 635 637 639 641 643 645 647 649 651 653 655 657 659 661 663 665 667 669 671 673 675 677 679 681 683 685 687 689 691 693 695 697 699 701 703 705 707 709 711 713 715 717 719 721 723 725 727 729 731 733 735 737 739 741 743 745 747 749 751 753 755 757 759 761 763 765 767 769 771 773 775 777 779 781 783 785 787 789 791 793 795 797 799 801 803 805 807 809 811 813 815 817 819 821 823 825 827 829 831 833 835 837 839 841 843 845 847 849 851 853 855 857 859 861 863 865 867 869 871 873 875 877 879 881 883 885 887 889 891 893 895 897 899 901 903 905 907 909 911 913 915 917 919 921 923 925 927 929 931 933 935 937 939 941 943 945 947 949 951 953 955 957 959 961 963 965 967 969 971 973 975 977 979 981 983 985 987 989 991 993 995 997 999 1001 1003 1005 1007 1009 1011 1013 1015 1017 1019 1021 1023 1025 1027 1029 1031 1033 1035 1037 1039 1041 1043 1045 1047 1049 1051 1053 1055 1057 1059 1061 1063 1065 1067 1069 1071 1073 1075 1077 1079 1081 1083 1085 1087 1089 1091 1093 1095 1097 1099 1101 1103 1105 1107 1109 1111 1113 1115 1117 1119 1121 1123 1125 1127 1129 1131 1133 1135 1137 1139 1141 1143 1145 1147 1149 1151 1153 1155 1157 1159 1161 1163 1165 1167 1169 1171 1173 1175 1177 1179 1181 1183 1185 1187 1189 1191 1193 1195 1197 1199 1201 1203 1205 1207 1209 1211 1213 1215 1217 1219 1221 1223 1225 1227 1229 1231 1233 1235 1237 1239 1241 1243 1245 1247 1249 1251 1253 1255 1257 1259 1261 1263 1265 1267 1269 1271 1273 1275 1277 1279 1281 1283 1285 1287 1289 1291 1293 1295 1297 1299 1301 1303 1305 1307 1309 1311 1313 1315 1317 1319 1321 1323 1325 1327 1329 1331 1333 1335 1337 1339 1341 1343 1345 1347 1349 1351 1353 1355 1357 1359 1361 1363 1365 1367 1369 1371 1373 1375 1377 1379 1381 1383 1385 1387 1389 1391 1393 1395 1397 1399 1401 1403 1405 1407 1409 1411 1413 1415 1417 1419 1421 1423 1425 1427 1429 1431 1433 1435 1437 1439 1441 1443 1445 1447 1449 1451 1453 1455 1457 1459 1461 1463 1465 1467 1469 1471 1473 1475 1477 1479 1481 1483 1485 1487 1489 1491 1493 1495 1497 1499 1501 1503 1505 1507 1509 1511 1513 1515 1517 1519 1521 1523 1525 1527 1529 1531 1533 1535 1537 1539 1541 1543 1545 1547 1549 1551 1553 1555 1557 1559 1561 1563 1565 1567 1569 1571 1573 1575 1577 1579 1581 1583 1585 1587 1589 1591 1593 1595 1597 1599 1601 1603 1605 1607 1609 1611 1613 1615 1617 1619 1621 1623 1625 1627 1629 1631 1633 1635 1637 1639 1641 1643 1645 1647 1649 1651 1653 1655 1657 1659 1661 1663 1665 1667 1669 1671 1673 1675 1677 1679 1681 1683 1685 1687 1689 1691 1693 1695 1697 1699 1701 1703 1705 1707 1709 1711 1713 1715 1717 1719 1721 1723 1725 1727 1729 1731 1733 1735 1737 1739 1741 1743 1745 1747 1749 1751 1753 1755 1757 1759 1761 1763 1765 1767 1769 1771 1773 1775 1777 1779 1781 1783 1785 1787 1789 1791 1793 1795 1797 1799 1801 1803 1805 1807 1809 1811 1813 1815 1817 1819 1821 1823 1825 1827 1829 1831 1833 1835 1837 1839 1841 1843 1845 1847 1849 1851 1853 1855 1857 1859 1861 1863 1865 1867 1869 1871 1873 1875 1877 1879 1881 1883 1885 1887 1889 1891 1893 1895 1897 1899 1901 1903 1905 1907 1909 1911 1913 1915 1917 1919 1921 1923 1925 1927 1929 1931 1933 1935 1937 1939 1941 1943 1945 1947 1949 1951 1953 1955 1957 1959 1961 1963 1965 1967 1969 1971 1973 1975 1977 1979 1981 1983 1985 1987 1989 1991 1993 1995 1997 1999 2001 2003 2005 2007 2009 2011 2013 2015 2017 2019 2021 2023 2025 2027 2029 2031 2033 2035 2037 2039 2041 2043 2045 2047 2049 2051 2053 2055 2057 2059 2061 2063 2065 2067 2069 2071 2073 2075 2077 2079 2081 2083 2085 2087 2089 2091 2093 2095 2097 2099 2101 2103 2105 2107 2109 2111 2113 2115 2117 2119 2121 2123 2125 2127 2129 2131 2133 2135 2137 2139 2141 2143 2145 2147 2149 2151 2153 2155 2157 2159 216

$$10^{-10} \text{ m}^2 \text{ s}^{-1} \text{ for } \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_2, \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_4, \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_6, \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_8, \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_{10}, \text{C}_{60}\text{H}_{12}\text{N}_{12}$$
[illegible]

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

CLASSIC NCAS

134820

APLICAÇÃO CLÍNICA

[illegible]

12-11-1964

(c) $\frac{1}{\sqrt{2}}$

... 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655,

[illegible]

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} + \frac{1}{2} \right) = \frac{1}{2}$

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

47
11

EC RN '20-83

2010 12 23 12:11

4. 2003 年 3 月 27 日

October 22-30

Среднее значение \bar{S}_i —

2-35

11

50-507256

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: 19/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROZENILDO LEAO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000194414-1

Nr. da Autenticação 18AA5B4B7C0C56D0

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, ROZÉNILDO LEO N. LIMA

RG nº 5 668 151, data de expedição 12/05/2016 Orgão SEP/CE

CPF nº 042.075.574-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA UNINO DA VITÓRIA</u> |
| Numero | <u>67</u> |
| Apto / Complemento | <u>CASA "B"</u> |
| Bairro | <u>CASA AMARELA</u> |
| Cidade | <u>POLLICE</u> |
| Estado | <u>PERNAMBUCO</u> |
| CEP | <u>52 240 - 340</u> |
| Telefone de Contato | <u>(081) 9.8488-7231 / 9 9895-5388</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data POLLICE, 20 N. GOVERNO 9E 2017

Assinatura do Declarante Rozênildo Leão de Lima

US 802 494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 51025-002
CNPJ 10.835.937/0001-03
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRIORIDADE 116
Atendimento ao deficiente auditivo 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5289
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

VIVIANE BARBOSA DE LIMA
CPF 013041614-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUIZ DA VITÓRIA 87 CS- 2

CASA ANEXO ADEQUATE
52210-340 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 474/2002), tarifas, preços, serviços prestados e tributos de consumo e a disponibilidade, para consulta em nossos sites de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

14/01/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

11,06

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/12/2014

DATA DA APRESENTAÇÃO

07/01/2015

NÚMERO DA NOTA FISCAL

003523510

CONTA CONTRATADA

007017271380

Nº DO CLIENTE

2913234632

Nº DA INSTALAÇÃO

000565257

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
MistoFasico

RESERVADO AO FISCO

E698.A38A.0C7C.E4F6.1008.857E.A743.20E9

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|---------------------|------------|-----------|-------------|
| Consumo Ativo (200) | 10,00 | 0,3306173 | 11,06 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo (200)

0,3306173

PORTEIO DO CONSUMO

DEZ 14

MEI 14

JUN 14

100%

30

05 802 494/0001-4.
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
71100-000 50902910

[illegible]

0-15745 5996 243

² *Lecture notes from the course "Introduction to the Philosophy of Language".*

25 LMD
VALOR (45)
PRG TADORA FELL+OHLA
Mang Ca. 12/10/80 54 vic. Mo. ends
Info. not

Түп ному

Tel: 01223 313131
www.lipincorp.com

Total

TOTAL OF ALL PAGES

11724

9. 06.04

1512

US 802 494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 APR 2017

Rua da Aurora Nº 175 SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50.060-010
PERIFF OF

Histórico de consumo

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Telefonia fixa e internet 103 15
Para TV por assinatura 106 15
Pessoas com necessidades especiais de fala/audição 142
Para saber qual a loja mais perto de você ligue 102 ou acesse www.vivo.com.br

Материалы 1910 года

Para obter o Conselho de Usários de Vão M2B
 entre 1994 e 2016, o usuário pode acessar alguns dos seguintes
 endereços: 063-5 ou 06315 e 10E7a ou 10E1a

[illegible]

[Faint, mostly illegible typed text from a document.]

— अनुसूचित जाति — अनुसूचित जाति

Mr. Tolson _____

ALCIONE GOMES DA SILVA

Στ. Καμίνης, Γενικός Γραμματέας Περιφέρειας

Código de ética

8499 9593 8181

Código para Cadastro/Arquivo
de Datas Automático

Dr. Roberto A. Alvarez

Numero di Felini

0373010432-0

Data de Vencimento

15/10/2016

Valor n. Pagear (R\$)

119 12

B4670000001 7 18120082089 5 99959381810 0 37301043299 6

vivo



DECLARAÇÃO



Circular Susep nº 445/12 – Prevenção a Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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, portador(a) do RG nº 5.633.738, expedido por SP/SP em 28/06/2011, CPF/CNPJ nº 028.465.664-58, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) ROZENILDO LEÃO DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima ROZENILDO LEÃO DE LIMA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas. Profissão ASSIST. JURÍDICA Renda Mensal R\$ RECLUSA-ME.

Documentos comprobatórios RECLUSA-ME

Alcione Gomes da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05 802 494/0001-4.
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 ABR 2017

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