



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190552765      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO      **Data do acidente:** 08/06/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA DIÁFISE DE URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequelas

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORSBANTE:

Nome:	CARLOS EDUARDO LIMA CURRIO	
Nacionalidade:	BRAZILERA	Estado civil: CASADO
Profissão:	MOTORISTA	
Identidade:	87441669	CPF: 113.005.194-36
Endereço:	RUA 140-95 - BORGES I - A. 11119-700	

OUTORGADO:

Nome:	LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA	
Nacionalidade:	BRAZILEIRO	Estado civil: DIVORCIADA
Profissão:	AUTOMOTORA	
Identidade:	10.151.898	CPF: 906.013.906-63
Endereço:	P. BOA SORTE 812 - APTO 101 - A. 11119-700	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

*Abreu e Lima* 23.09.19

LOCAL E DATA

Cartório  
Almeida Moreira

05.802.494/0001-0  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma do CARLOS EDUARDO LIMA  
CURRIO, Abreu e Lima/PE, 22/09/2019 12:50:20, em testemunha da  
verdade. Endereçamento: 113 T006; C. 92 FIRM. C. 04 FUNSEG; 113-700  
4.93. NC-3-82177

Foto Digital: 0530607.CY700203902.03227  
Antônio Correia da Silva - Testemunha



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

**CPF:** 113.005.194-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/06/2019

**Titular do CPF:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

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

### CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019  
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 406.013.406-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Caroliny Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

Número do Sinistro: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

CPF: 113.005.194-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2019

Titular do CPF: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019  
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 406.013.406-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

---

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190552765**

**Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

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



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

---

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190552765**

**Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

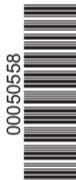
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190552765**

**Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 033

Agência: 000004020

Conta: 000001010593-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

319-552765

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - N° do Óbito ou AGL:

3 - CPF da vítima:  
113.005.194-36

4 - Nome completo da vítima:

CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO	6 - Endereço: MILITAR 140	7 - Bairro: PAETÉS I	8 - Cidade: ADREU LIMA	9 - Número: 95	10 - Complemento: —
11 - Telefone: —	12 - Cidade: ADREU LIMA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 52737919	15 - E-mail: —	16 - IM (DDI): —

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PMAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 3 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECLUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PMAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (número para os bancos acima, não tem uma agência):

- Bradesco (37)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: 

(Número e digite na sequência)

(Número e digite na sequência)

 CONTA CORRENTE (número bancário):Nome do BANCO:  SANTANDERAGÊNCIA:  4020CONTA:  01010593

(Informar o digite na sequência) (Informar o digite na sequência)

AUTORIZO à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Reembolso de seguro DPVAT a que me tenho direito, ressalvando o quanto já é suficiente após a efetivação do crédito, subtração total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que  (descartar 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.

Para motivos autorizados, viciosa o provisoriamente da ação ou do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, para tanto, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das minhas permanências das correntes de ação ou de ação, conforme Lei 6.314/274, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou resolução ao mérito da controvérsia, caso descreva seu conteúdo.

## 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo. 24 - Data da morte da vítima:25 - Grado parentesco com a vítima: 26 - Vínculo (nível de dependência):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informe o nome completo:28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tem filhos, informar: 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tem irmãos, informar: 33 - Vítima:  Sim  Não 34 - Vítima:  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, vivo deles, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem e priorizará a sua indenização instantânea, ainda, de que qualquer ameaça ou recusar-se a receber não poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido. Sou responsável e cumprido com a aplicação do artigo 278 do Código Penal.

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

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

37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Adreú Lima 03/09/19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Rodrigo Gómez Barreto*  
42 - Assinatura do representante legal (se houver)

43 - Assinatura do procurador (se houver)

1480-1481/00 10. EDIÇÃO  
1480-1481/00 10. EDIÇÃO  
17/12/00 [data da 10. edição]  
17/12/00 [data da 10. edição]

http://www.w3.org/2001/XMLSchema#

www.k-12.com/edubags.com.br  
Simplesmente para tornar a sua vida mais fácil. Faça contato com  
1-800-555-1234, e obterá a ajuda que precisa.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU: **3 - CPF da vítima: 113.005.194-36** 4 - Nome completo da vítima: **CARLOS EDUARDO LIMA CUEVO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>CARLOS EDUARDO LIMA CUEVO</b>	6 - CPF: <b>113.005.194-36</b>		
7 - Profissão: <b>MILITAR</b>	8 - Língua: <b>PT-BR</b>	9 - Número: <b>95</b>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <b>PAETÉS I</b>	12 - Cidade: <b>ADDEUZ LIMA</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>53732-919</b>
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCARIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos que não realizam esta opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas possuem):

Nome do BANCO: **SANTANDER**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

CONTA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de conta)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização resarcitiva do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, indeclinável e dando, desde já e comante sobre a efetivação do crédito, quinze por cento do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de invalides permanente DPVAT, por motivo permanente, uma vez que **desenvolvo uma das opções**:

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

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cestas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das invalides permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a sua avenção médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (m. Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: **Falecidos:** 30 - Vítima deixou herdeiros?  Sim  Não 31 - Vítima teve entilhos?  Sim  Não 32 - Se tinha entilhos, informar: Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente devida, a indenização do Seguro DPVAT, por morte aquelas beneficiárias que se apresentarem e proverem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verificativa poderá gerar a configuração de restrição ao seu resultado, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 219 do Código Penal.

INVALIDEZ PERMANENTE  
MORTE  
MIGRAÇÃO/INTERRUPÇÃO  
ASSINATURA

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

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

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

40 - Local e Data: **Abreu Lmg 27/9/19**

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: **05.802.494/0001-41**

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: **TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA**

Assinatura da testemunha: **CLT 201**

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REC. DE

43 - Assinatura do procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

44 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante):

**DIGESTIVO DE OPERAÇÃO**  
000006 FINANCIAS MMEL E C. 23/09/2015  
SANTANDER  
11-50145 (Norário de São Paulo)  
\*\*\*\*\*1175

Extrato N. 7/12000-1905

**MOVIMENTAÇÃO DE CONTA CORRENTE**

23/08/2015 13:58 - DI CONTROLE: 23/08/2015  
BANCO 0033 - AGENCIA: 9000 - CONTA: 00001-01093-1

JULHO/2015

01 000000 TARIFA MENSALIDADE  
PACOTE SERVIÇOS  
02 004000 SAQUE TERMINAL INTER  
AG  
03 050000 COMPRA CARTÃO MAESTRO  
AG0500/7/015  
04 010000 LIQUÍDOS DE VENCIMENTO  
05 004000 SAQUE TERMINAL  
SETEMBRO/2015  
06 010000 LIQUÍDOS DE VENCIMENTO  
07 000000 TARIFA MENSALIDADE  
PACOTE SERVIÇOS  
08 000000 TARIFA MENSALIDADE  
PACOTE SERVIÇOS  
09 004000 SAQUE TERMINAL  
SAUDE ATUAL

Informações importantes no verso.

[www.banco24horas.com.br](http://www.banco24horas.com.br)  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 3 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lampadas.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

25 SET 2015

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

319.0556765

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 113.005.194-36 CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO	6 - N° CPF: 113.005.194-36		
7 - Profissão: MILITAR	8 - Endereço: RUA 140	9 - Número: 95	10 - Complemento: —
11 - Bairro: CENTRO I	12 - Cidade: ABREVELIMA	13 - Estado: PE	14 - CEP: 53.737.99
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): 81 999457471	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo). Ajuste uma opção:  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (separar os bancos):

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:  CONTA:  (1) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou de 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros (verbares):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, item de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 11/2011 15/10/11

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

06205 HUNTER'S 500' DEEP.  
FISH IN WATER - 70-85

10/16/02 12:00:28 DSC-6451200459  
SPL: 01:020 - 7 2005  
TURBID: 0.7050

CALC. 1000 FT LTR CHCl3  
WATER: 40° C 4000 0.100  
0.100

SALINITY  
TEMPERATURE  
SALINITY

1.91

700.35-36° DSC-6451  
SPL: 74  
2.000AT

600.00-600.50° DSC-6450

WATER: 70° SALT: 30‰  
WATER: 40° C 4000 0.100  
SALINITY: 0.10005

10/16/02 12:30:40 DSC-6451200459  
SPL: 01:020 - 7 2005  
TURBID: 0.7050



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE PÓLICIA DA 028º CIRCUNSCRIÇÃO - I  
DP28ºCIRG DDM/B/DESEQ**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 ED118008203

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019  
12:38

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que acometeu no dia 08/6/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE PARATIBA (BAIRRO), 1, ESTRADA DO CLUBE PICA PAU - Bairro: PARATIBA - PAULISTA/PERNAMBUCO /BRASIL  
Local de fato: VIA PUMBUCA

Pessoas que vivem na mesma casa:

DESCONHECIDA (AUTOR/VAGENTE)  
ADRIEL MENDES DA SILVA JUNIOR (OUTRO)  
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (VITIMA)

#### Objeto(s) envolvidos na ocorrência

VEÍCULO: (Usado na geração de ocorrência), que estava em posse do(a);  
Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCID

#### **Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO** (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Masculino  
Data de Nascimento: 26/01/1954  
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8461868/SSP/PE (RG).  
153066518428 (GPF) Estado-Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:  
MILITAR Telefones Celulares:

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 18, RUA 149, - CEP: 3 - Bairro:  
CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRAZIL**

**DESCONHECIDA** (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO.

**ADINASIL MENDES DA SILVA JUNIOR** (não presente ao plantão) - Sexo Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, BE, RUA 148 - CEP: 9 - BAIXO  
GARTE 1 - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação de(s) objeto(s) envolvido(s)

5.802.494/0001-41  
INTERAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
26 SET 2011  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/\_infopol/xml/BOEPreview.html

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR, que se encontra em posse do(s) Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO  
 Cetagone/Marcos/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN EBI Objeto apreendido: N/A  
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEZ 11981 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMANDO QUE TRAFEGAVA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA CONDUZIDA PELO SEU IRMÃO JA MENCIONADO ACIMA, QUE NAQUELA RUA, ADINAEI PRECISOU FAZER UMA CURVA NO SENTIDO A BR 101 NORTE TENDO NESSA OCASIAO PERDIDO O CONTROLE DA MOTO, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA, O ACIDENTE, QUE O QUEIXOSO FOI ARREMEGADO AO SOLO, VINDO A FRATURAR O BRAÇO DIREITO E TAMBEM ESCORIASOES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO INICIALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME ATENDIMENTO 481221 EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE ATENDIMENTO 40828838 ONDE SUBMETEU-SE A GIRONDIA NO BRAÇO FERIDO E PERMANECIU INTERNADO DURANTE DITO DIA, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA.

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

*Carlos Eduardo Lima Curcio*  
 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 251085-8



05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190552765      **Cidade:** Paulista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO      **Data do acidente:** 08/06/2019      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA DIÁFISE DE URNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do anexo ou APE: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 405/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO	113.005.194-36		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
MILITAR	PRAIA 140	95	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
PRAEJÉS I	ADREU Z LIMA	PE	52737-919
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos acima. Anexe uma opção)  
 Bradesco (227)  Itaú (945)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Inserir o dígito verificador) (Inserir o dígito verificador)

AGÊNCIA:  CONTA:  1

(Inserir o dígito verificador) (Inserir o dígito verificador)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização remetido do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, resguardando o dízimo; desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo acima mencionado, venho o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando que, já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de assistência com a minha avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/In-Civil  Divorciado  Separado/Anteriormente  Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

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

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tem filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/neta(s):  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tem irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mais vívo(s):  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso desça, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se enquadram e proverem esta condição, afastando, ainda, de que qualquer omisão ou desacrélio poderia gerar a configuração de nesciencia ou vício doloso, ensejando, regionalmente, crime, conforme o artigo 216 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: 35 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido: 36 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido:

37 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido: 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: 05/802.494/0001-41  
 39-2º | Nome: TRAÇÃO CORRETORA  
 CPF: DE SEGUROS LTDA

Assinatura do testemunha: 20.541-718  
 Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

40 - Local e Data: Abreu Lima 23/9/13  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):  
 42 - Assinatura do representante legal (se houver): RECIFE PE

43 - Assinatura do procurador (se houver):

Atendimento: 481221

Data e Hora: 08/06/2019 17:01

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126422 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/04/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: ANA PATRICIA D'ELIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12547

Endereço: SEM INFORMACAO

--

0

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

16:35

Queixa Principal:

*Correto TA 37,00º Pál. Fornicatos Cx. Láctea d/cx. de urina - Venoso 16,7 L/dia. Referem uso de álcool.*

*Afinar o exame:*

*Exame Físico*

*ESR elevado, Octoabto, Cardiomeg, peritonitemp!)*

*ECG = 120 b/m f/c = 104 bpm, pulso crasso*

*NEF: Vaso dilatado, pulso crasso, venas dilatadas.*

*Prancha e fáscias normais.*

*MRI = suspeita de colite invadida*

Hipótese Diagnóstica:

*MRI = infecção / suspeita invadida.*

*MRI = suspeita de colite invadida.*

IF - indicação Médica:

*SNC = ECG = 120 / 104 bpm / 16,7 L/dia / 16,7 L/dia*

*- Rx [Bactri] / Colirio] / Tonic.*

*- Rx [OMBRAS] / CASCO / CERVICO / PERNAS]*

05.800.4947/0000-4  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26.06.2019

Assinatura e Carimbo/Médico

*TC P/ Grav*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

*Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL E  
SAMM: Boa Vista - CEP: 50.060-010*

*RECIFE-PE*

*- Traum 100mg + 1000 mg SNC 8/8h S/N*

*(NLOUADO a antiemético)*

*- Rx MET 1000 mg + 1000 mg SNC 8/8h S/N*

# 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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04020

CONTA: 00001010593-1

---

Nr. da Autenticação B308B5A7FEA2B171

**COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO**  
 AV. JOSÉ DE SÁBROES 111 BOA VISTA  
 RECIFE - PERNAMBUCO  
 CEP: 50020-902  
 CNPJ: 10.888.732/0001-28  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0002943-91



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, de 29/04/02  
**COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 115**

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 280 0142

Ouvintes: 0800 282 3339

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco - ARPE: 2400 727 0187;

Ligações Grátis da Telefônica Fixa:

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 187;

Ligações Grátis da Telefônica Fixa e Tarifada:

Na internet para telefones celulares:

**DADOS DO CLIENTE:**  
**ANA PATRICIA DE LIMA**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**24/09/2019**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
**17/09/2019**

**CONTA CONTRATO**  
**7028877174**

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
**17/09/2019**

**CLASSIFICAÇÃO**  
**RESIDENCIAL**  
**Monofásico**  
**B1**

**ENDERECO**  
**RUA CENTO E QUARENTA 95 - QD 158 -**  
**CAETES / ABREU E LIMA - 53530-222**  
**ABREU E LIMA PE -**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 63,97**

**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
**077848365**

**PERÍODO CONSUMO**  
**12/08/2019 à 17/09/2019**

**CONSUMO**  
**29**

**ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00**

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

### VIA PARA PAGAMENTO

Desconto 5%

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
7028877174	09/2019	R\$ 63,97	24/09/2019

#### TALÃO DE PAGAMENTO

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

838900000005 639700110074 028877174105 168054878131



05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



AVENIDA CRUZ CABUGA - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-008. Fone: (81) 3403.6811 0139  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014388-3  
CNPJ: 04.769.036/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 201308107036517 Escritório: ABREU E LIMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE  
LUXIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
R BOA SORTE, N. 00812 - CASA-101 1 ANDAR - BRESERRO ABREU E LIMA PE 53570-110  
INSCRIÇÃO: 165.110.831-0008-004

MATRÍCULA: 10703651.7 DATA: 08/2019-1

PESQUISAS: REVISÃO FAIXA ENTERRA

OPÇÃO D.R.B. AUTOMÁTICO: 10703651.7

ESTAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	GRADIENTES	QUANTIDADE DE ECONOMIA COMERCIAL INDUSTRIAL	VOLUME
REGISTRADES A162400463	DATA LEIT. ANTERIOR 07/08/2019	DATA LEIT. ATUAL 06/09/2019	ESGOTO LEIT. ANT.: 222 LEIT. ATUAL: 229 LEIT. FAT.: 228	VOLUME: 6 REAL /
AQUA	CONSUMO: 7	LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO				
07/2018 8/	■■■■■	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. N° 3.814/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS
08/2018 8/	■■■■■	TURBIDEZ	83	83
09/2018 8/	■■■■■	COR APARENTE	83	83
06/2019 10/	■■■■■	CLORO RESIDUAL	83	83
03/2018 12/	■■■■■	COLIFORMES TOTais	83	83
03/2018 12/	■■■■■	E. COLI	83	83
MÉDIA 10/ 8/	■■■■■	OBSERVAÇÕES: (i) COLIFORMES TOTais ALDENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (ii) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTais, E. COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (iii) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA  
RESIDENCIAL: 061 UNIDADES  
CONSUMO DE ÁGUA

7.10

44,08

FAIXA	VALOR R\$	QUANTIFICAÇÃO	VALOR R\$
ZIR	44,08	1,0%	4,48
COFINS	44,08	7,60	3,32

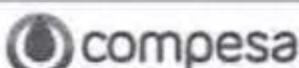
VENCIMENTO: 30/09/2019

TOTAL A PAGAR:

44,08

Enviado por: INTERNET

Emitiu em: 29/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810165

VENCIMENTO: 20/09/2019

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBIDO

**Arpe** Agência de Regulação  
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 10703651.7

08/2019-1

TOTAL A PAGAR:

44,08

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1599 / Outras regiões: 0800 022 51 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular Susep<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a 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 de indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E BENSSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI 8996/96.

Zelo exposto, eu Luzinorá M. S. V. Oliveira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 406.012.406-67 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Carlos Eduardo Lima Oliveira inscrito (a) no CPF sob o N° 113.005.191-36

do sinistro de DPVAT cobertura TENSAO? da Vítima A MESA

Inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar.

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

Endereço:	<u>Rua da Aurora 5076</u>	Número:	<u>812</u>	Complemento:	<u>Porto. 102</u>
Bairro:	<u>DESTE</u>	Cidade:	<u>Almeida Lima</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>51570-110</u>
				Tel (DDO):	<u>81 99745-7471</u>

Local e Data: ABEV 16/09 29.09.19

Miguel  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1296 / Outras regiões: 0800 022 12 06

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 83 | SAC (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | Canais de Ouvidoria: 0800 021 93 85

Eu, ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR,

RG nº 9628840, data de expedição 22/08/17,

Órgão SIS-PE, portador do CPF nº 704.142.504-51,

com domicílio na cidade de Abreu e Lima, no Estado de

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

Rua 140, nº 75,

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

CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA, cujo o condutor era  
ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR.

Veículo: MOT070 Modelo: FAN 150 EST Ano: 2012

Placa: PFZ 1191 Chassi: 9C2K81670CRE12784

Data do Acidente: 08/06/2019

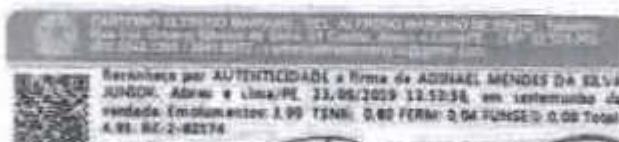
Local e Data:

Abreu e Lima 23.09.19

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



Selo Digital: 0334907.GVY99201002.01807  
Adriano Corrêa da Silva - Secretário



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

Atendimento: 481221

Data e Hora: 08/06/2019 17:01

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126422 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/04/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANA PATRICIA D'ELIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: SEM INFORMACAO

0

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Usuário Atendimento: MÔNICABBL

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 16:35

**Queixa Principal**

Existe TRAZIDO Pelo FAMILIAR Com INTENÇÃO DE DIVERSE IRMOS (6) +  
Ledes. REFEREM Uso de ALCOOL.  
AFIRMAM Q.E.N.OCORRENTE (QUE) XA-12 De DIA EM MUITO

**Exame Físico** Abdomen ( ) / Concomitante ( )

EGR: Envelhecido, Delgadito, Sarcástico, periorbitário (?)  
PUL = 160 cm / FC = 104 bpm (velho) CTS: 0  
DTS: Vizinhos, apertando juntas.  
PUL = facilmente intubado.

MRI = mobilidade / mobilidade inexistente

**Hipótese Diagnóstica**

MRI = leitura / mobilidade inexistente.

MRI = mobilidade existente

**Prescrição Médica**

SNC = ECG = 12 / 1600 Horas / MRI ( )

- Rx (Bach / Cetamol / Tadac.)

- Rx (QMB 0 / Laxp 0 / Cetad 0 / Bach 0 )  
- Fumado ( )

05.802.694-0000-00  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26.06.2019

Assinatura e Carimbo Médico

IC 12 Crônico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de Internação

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C  
Sala: \_\_\_\_\_  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

- Tramadol 100mg + Ima 200mg ev 8/8h 2x dia

(Anticonvulsivo + anti-epiléptico)

- Paracetamol 500mg + 200mg ev 8/8h S/N

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 08/06/2019 16:50

## PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP



Nome Paciente:	IGNORA	ATENDIMENTO:	461221	REGISTRO:	126422
Cód. Paciente:		PACIENTE:	CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO		
Data de Nascimento:		NASCIMENTO:	20/06/1994	IDADE:	25
Sexo:	Masculino	MÃE:	ANA PATRICIA D'ELIMA		
Idade:		ENDERECO:	SEM INFORMAÇÃO, NÚMERO: 8		
Senha:	0021	BARRA:	CAETES I		
Convênio:	*	CIDADE:	ABREU E LIMA		
Atendimento:					
SAME:					

Período: 08/06/2019 16:54 - 08/06/2019 16:55

MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGÊNCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Quixa Principal: PACIENTE TRAZIDO DE DEMANDA COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, CHEGA AO SERVIÇO SONOLENO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO

Exograma sintoma: T.C.E

Excluidor(es): PERDA DE CONSCIÊNCIA

Exiguidade: CIRURGIA GERAL

REVISADO  
NEPEI

HMA - Hospital Metropolitano

LASER DO FER

SIM

St. MARCELO E. MATOS

ENFERMEIRO(A)

COREN: 454133

Acolhido(a) por: MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/06/2019 16:55

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

26 SET 2019 Página 1 de 1

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

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento.....: 481221 Prontuário: 126422 SAME: 113172 Hora Atend: 17:01 Data Atend: 08/06/2019  
Paciente.....: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO Idade: 25 a  
Endereço.....: SEM INFORMACAO  
Bairro.....: CAETES I  
Cidade.....: ABREU E LIMA UF.: PE CEP: 53530785  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal.....: -  
CID's Secundários.: -  
Resultado.....: TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR  
Data Saída.....: 09/06/2019 Hora Saída : 15:48

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

**DIAGNOSTICO**  
HMAR

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
26 SET 2019

PLANTONISTA CIRURGIA GERAL / 12347  
CIRURGIA GERAL

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

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente:	EDU. EDU CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA - MA		
Prontuário:	01505.02028	Ident:	25 ANOS F. NOME M.
Cidade:	SE22 Faz da difusão do cubito	Início:	01/06/2018
		Linha:	01
		Histórico:	Posteriora-0001
		Data Entr:	10-01-2019 10:14

CÓDIGO DO ATENDIMENTO 0.0.1502024300008.0004

DATA: 11/06/2019 22:57	TIPO: EV MEDICA	VISTO:
REGISTRO		
ORIGEM: - 1106710		
<p>NO. PLACA: QW4783/SP DE JULIA DIREITA</p> <p>PACIENTE REFERINDO PRESENÇA INCONSCIENTE DE ESCORNIOS. NIGA, OUTRAS QUEBRAIS</p> <p>AO EXAME: EGK, ISOCORICO, CORADO, EURÁSTICO, CONSCIENTE.</p> <p>NESO EM USO DE TALA, ASILIO, PALMAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO, PRESENÇA DE ESCORNAÇÃO EM PUNHO ESQUERDO. JOELHO DIREITO E PE DIREITO</p> <p>(CD)</p> <p>- SCHJETTO: EMOGRAMA E CONGLOGRAMA</p> <p>- AGUARDANDO PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA</p>		

Relatório gerado por 30622665@00 em Ter 11 Jun 2019 22:59:55

#42/30m/14

AD214 - Fx Ultra Ⓡ

HUGO FERNANDEZ  
TELE. MEDICAL  
CAMA PE 22-847  
JET. OTOLOGIA INC. 300 E. B.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SF1 2019

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

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Pronto! (30) 3971-0000 ou 0800-00000000 - CÓDIGO - 800  
Prestador: 41992-8333  
CNPJ: 9882-Pré-000000-000000  
Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Data: 01/06/2000  
Horário: 14:45:29 (1444)  
Protocolo: 0001 Pronto 01

SPORE SPORULOGENESIS IN *ASPERGILLUS FUMIGATUS* 103

				REGISTRO
PADRÃO:	140000015			
CD:				
1. FRATURA DORSALHA DE UMA ORELHA.				
2. PONTA DA PATA DE PÁSSARO.				
INCIDENTE CLÍNICO E HEMODINÂMICAMENTE ESTABELO, SEM OUTRAS IDADES NO MOMENTO. PAUDE DE TAC DE CIMA DO REGLAÇAO NO RIO DA LINDA. LIGAÇAO FRATURA NA PARTE LATERAL DO ANTELHO, UMA PARTE DIREITA ASSOCIADO A HEMORRAGIA. AO EXAME OU CONCERNTE, ORNAMENTO, CORADO, HEMERATO, FUMARILHO EM AIR ALIMENTARE. AIR AVV- ENH. ARE, SUSA. ACH- RACH EM ZT, DIRE, LIDS.				
CD:				
1. TROCA VITRO MÍDIA TAC DE FAZ.				
2. AGULHADA MARCADA DA BMR (BANDA TAC DE FAZ).				
3. AGULHADA MARCADA CARBONÍGICO.				
4. AGULHADA CRUZADA.				
5. VIDA JÁNTICA GL INICIA.				
PRO-CP	POSS. GRANDE	SEGURO	-	ADMISÃO
PRO-CP	POSS. GRANDE	SEGURO	-	ADMISÃO

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019  
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECFF/SE

Relatório gerado por 306.162.915.20 em Qua 12 Jun 2019 09:25:12

卷之三

13/06/2019

Prescrição Eletrônica - 01.502 (Pasta doce 0007 - 05.4050050) CARLOS EDUARDO LIMA CURCO

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Fone/cel:	(01 81) 3193 0100/3193 0100	Nome:	CARLOS EDUARDO LIMA CURCO, MA
Resid:	RUA MARQUES DE SANTOS, 1000	CPF:	853.279-000-00
CD:	853.279-000-00	RG:	000000000000000000
End:	RECIFE - PERNAMBUCO	Sexo:	MASCULINO

Nascimento: 18/01/1984 - Tipos: BRANCO

## CODIGO DO ATENDIMENTO: 01.502.0007.0007.0007

Data: 13/06/2019 10:37:36	Tipo: EVI MORTA	Via:	

REGISTRO  
EPIA/CARDIOLOGIA

21 ANOS  
SEGURO COMUM/SCAEZ  
ACIDENTE AUTOMOBILISTICO - FRATURA DE 3 VÍNCOS DA INDICAÇÃO CARDÍACA  
BEM USO DE MEDICAMENTOS, ALCOOL/ANFETAMÍDOS  
RISCO SOCIAL, EXCETO SEM RISCO DE SUBRECABIMENTO.  
COLABOROU PARA O PROCEDIMENTO CONSULTADO... BAIXO RISCO CARDIOPROTECTOR

Pront:	Pasta Consulta	REGISTRO	
Assistente:	1º TÉRMINO CADASTRO DA SAVIA		

Relatório gerado por 00505025 100 em Qui 13 Jun 2019 12:31:14

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

10/06/2010

Prescrição Eletrônica - 01502-0283800001 - (35) 98209880 | CARLOS EDUARDO LIMA CHACERES

HÓSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÃO

ESTADO DE SÃO PAULO  
MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIVISÃO DE VACINAÇÃO

http://www.iomega.com/documents/odoc001.htm

Arquivado por [2012-03-09 10:50:11](#) em [Sapo](#) | [10 Jun 2019 10:50:11](#)

Hugos, FERNANDE  
TEN, Medio  
CAM. PE 22-842  
IBR 070265001-4 - M-2

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 S. 719

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

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente:	(BD 01) CARLOS EDUARDO LIMA SUCIO - MA	Unidade:	2º andar 1. Saneam	Qº Enfermaria:	1º	Câmara-0011 (Av.
Prontuário:	01002 82938	Mês:	meses			
C.D.	933.2 Fractura diafisária do cubito	Data Intern:	10/06/2019 15:44			
Tração: MA TS: - Freq: - Tip: ATD EMERG						

CÓDIGO DO ATENDIMENTO: 0150202808.0001.0008

DATA: 13/06/2019 17:29	TIPO: EV MÉDICA	VISTO:

REGISTRO

EVOLUÇÃO MÉDICA \_ 13/06/2019\_ PRIMAR

HO:

- 1. FRATURA DIAFISÁRIA DE CÚBITO DIREITA.
- 2. FRATURA DE FACE.

EM USO DE: SINTOMÁTICOS:

EVOLUÇÃO:  
PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, EVOLUINDO SEM QUEIXAS NENHUMA INTERCORRÊNCIA.

AO EXAME:  
EXCEPCIONAL CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFRÉSICO, HUMIDIFICADO, NORMOCORÁTICO, ACINÓTICO, ANICTERICO

ABR: RCR 100/70, BPF: 95

CD:

- 1. MANUTENHO SINTOMA
- 2. ASSEGURAR PARECER CARDIOLÓGICO;
- 3. ASSEGURAR CRÍTICO;
- 4. VIGILÂNCIA CLÍNICA.

FUNC-CP	Posto/Caderno	REGISTRO Ambulário
2022045000	1 TEN ALFREMAR FERREIRA DA SILVA	<p>Autenticação: ERREIRA            1º Ten - Alfereto            CRM: 22.413            Id: 07032667-1 MDE9</p>

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

**HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES**

Paciente:	(ID EP) CARLOS EDUARDO LIMA CURRIO - MA	Sexo:	M	Unidade:	5º Batalhão - Luta	Classe:	0011 (apt)
Prontuário:	01502 02826	Idade:	25 anos 2 meses				
CD:	552.2 Fim da discussão do mundo						
Suação: MA TS - FRH - TOCATO EMERG							

CÓDIGO DO ATENDIMENTO 0150202838 0008 0009

DATA: 14/06/2019 08:17	TIPO: EV ENFERMAGEM	VIA:

**REGISTRO**

Paciente constante orientado a ser admitido dia 13/06 para realização de cura cirúrgica de fratura em antebraço com hipertensão arterial e diabetes

Prac-CP	Pronto-Sanatório	REGISTRO	Ambulância
7711028600	ISC IUM TAMI	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 26 SET 2019 1030 da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	AM 1 LUTA 10/06/2019 10:44

Relatório gerado por 7711028600 em Sex, 14 Jun 2019 08:19:10

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
26 SET 2019  
1030 da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

15/06/2018

Prescrição Eletrônica : 01592 02838 0006 0011 - (31) 43820800 | CARLOS EDUARDO LIMA CÚRCIO

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Núcleo:	(10 EP) CARLOS EDUARDO LIMA CÚRCIO - MA	Via:	Caminh. 0011 (Apt. 11)
Fronterizo:	01592.02838	Idade:	25 anos 2 meses
Cto:	552.2 Frat da diáfise do cubito	Unidade:	0º Enfermaria Unid. 111
Serviço:	MA TS - PRF - Tipo ATO EMERG.	Data horário:	10-06-2019 10:44

CÓDIGO DO ATENDIMENTO: 0159202838.0008.0011

DATA: 15-06-2019 06:13	TIPO: EV MÉDICA	VISTO:
------------------------	-----------------	--------

## REGISTRO

## ORTOPEDIA

HD: 1 DIA DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ULNA DIREITA.

PACIENTE SEM QUEIXAS  
AO EXAME: EGAL, ISOCORÍCO, CONJUNTO, EUPNÉSICO, CONSCIENTENÃO FUMADOR DE TABACO, NEM ALCOOLÍSTICO, SEM ISSAUS DE SANGRAMENTO  
ESCORNIOS EM OMBRO DIREITO, PÉ ESQUERDO, JOELHO DIREITOD.  
MANTER ATÉ:  
VPS

Princ-CP	Princ-GravName	REGISTRO Atualizar
00265500	1 TEN HUGO SOARES FERNANDES	

Relatório gerado por 3062265500 em Sab 15 Jun 2019 08:15:14

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

1000014

Policia Civil - Delegacia : 01502 928211-0013 - (35) 41620-8100 CARLOS EDUARDO LIMA DINIZ

HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Fabricante: (00 89) CARLOS EDUARDO LIMA CUNHA - MA  
Preço-unitário: R\$ 0,10/2,02/3,00  
Cód.: 882-2 Fret. dia dia das do nubio  
Fone: 0xx 43 2200-0000

CÓDIGO DO ATENDIMENTO AOS HABITOS, 2013

			VISTO
REGISTRO ORIGINAIS	PCTZ DE VOLUMÍNIO BEM SEMELHANTES SEM QUIMIAS EGATOMA, EUPHENICO, CORPODO, HIDRATADO, APEROL, SICCA, PERMUSICO DE AMIGOS ALTA COM ORIENTAÇÕES ANTIBIÓTICO ORAL E ANALGÉSIA		
HAB-CP 03440023-100	RODRIGO GONÇALVES RODRIGO GONÇALVES	NEOSTRIL Azulinek	

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 521 2019

26 SET 2002  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7º RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



Carlos Eduardo Limer Curcio

Ano para fins de seguro DIAVAT CIVIL  
o paciente acha que o acidente  
ocorreu ocorrendo fratura ultim  
submundo à H. Cuníguer - estomatite  
com pleura  
obtendo alta hospitalar as atendidas  
esta pronta data:

552.2

26/09/2019  
05/09/2019  
05/09/2019  
05/09/2019

77109179

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

  P  
E

DADOS PESSOAIS - LIMA CRISTINA	
NOME COMPLETO: LIMA CRISTINA	
NASCIMENTO: 04/05/1984	
SEXO: FEMININO	
NOME: CARLOS CRISTINA	
NOME PATERNO: DE LIMA	
CPF:	04378135231
RG:	01.07.2132
DATA DE EXPEDICAO:	31/05/2010
DATA DE EXPIRAÇÃO:	31/05/2030
ENDERECO:	
RECIFE, PE	
05.802.494/0001-41	
TRACAO CORRETORA	
DE SEGUROS LTDA	
26 SET 2019	
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C	
Boa Vista - CEP: 50.060-010	
RECIFE-PE	

1827843160

1827843160

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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