

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476667 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º METATARSO DIREITO (?)

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO PRONTUÁRIO MÉDICO

Observações:

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476667 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE METATARSO FALANGEANA DO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / PÉ ESQUERDO: 25% DE 50%

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170476667 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA **Data do acidente:** 03/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação exposta cominutiva do 3º, 4º e 5º metatarsos esquerdos, F1 e F2 do 3º pododáctilo esquerdo e F1 do 4º pododáctilo esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa de dor no 3º, 4º e 5º pododáctilos esquerdos. Ao exame: marcha claudicante (+/+4), desvio rotacional com deformidade leve do pé esquerdo, rigidez do 3º, 4º e 5º pododáctilos esquerdos. Limitação de flexo extensão moderada dos raios acometidos.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida ao tratamento cirúrgico com lavagem exaustiva e osteossíntese com fios de Kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira

CRM do médico: 19953

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

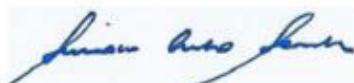
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: SIMONE CUNHA SANCHES

CRM do médico: 5271743-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11610131

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476667 ASL-0336239/17

Vitima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Data Acidente: 03/07/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2017

Carta nº: 11733577

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro: 3170476667 ASL-0336239/17
Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA
Data Acidente: 03/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

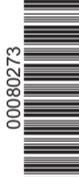
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11881936

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170476667 ASL-0336239/17

Vitima:

EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Data Acidente:

03/07/2017

Natureza:

INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/07/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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, 30 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Sinistro: 3170476667

Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Data do Acidente: 03/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170476667** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12143615

A/C: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170476667
Vitima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA
Data do Acidente: 03/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002778

Conta: 0000017351-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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





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 pelo banco.

EU, Eudálio Florencio da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 6.871.023 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 01/07/14 E

CPF 0507009084-07 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebimento () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eudálio F. da Silva, 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 constituir 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, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta Ilpo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta Ilpo 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 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 304 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 2978 N° da CONTA (com dígito, se existir) 17351-5

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

Nº do BANCO 304 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 2978 N° da CONTA (com dígito, se existir) 17351-5

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.

Caruaru 22 de agosto 2017 LOCAL E DATA

Eudálio Florencio da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

- 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, na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade da lesão 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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SIS DPVAT 0800-0371204 RECIFF-PE



05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Bezerrós

DATA: 03/03/2017

TERMINAL: 21921572

HORA: 10:23:27

CONTROLE: 219215720249

AGÊNCIA: 0351 - CARUARU

CONTA: 813.60086923-6

CLIENTE: GABRIELLE PATRICIO QUADRADO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA

ESTATE PLANNING

VALOR

SÁUDO ANTERIOR

Fevereiro

24/02 268135 CRED TEV

RESUMO EM 02/03

SALVO

RESUME AND DATA

SALOO BLOQUEADO

SALDO DISPONIBILE

Saldo Total

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

Informações, reclamações, sugestões e elogios 10 AGO. 2017

SAC CALXA: 0800-726 0101

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BE C

Boa Vista - CEP- 59.060-010

RECIEVE BY

Quvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 088ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP88ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0178002957**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/08/2017** às **15:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **3/7/2017** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA CAROLINE** - Bairro: **SALGADO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OUTRO (AUTOR / AGENTE)
WBERACI MENDES DA SILVA (OUTRO)
EUDARIO FLORENCIO DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**

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

EUDARIO FLORENCIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE FLORENCIO DA SILVA** Pai: **EUGENIO FLORENCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **3/9/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 132, RUA CAROLINA - CEP: 0** - Bairro: **SALGADO** -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

OUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

WBERACI MENDES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

05.802.494/0001-4

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WBERACI MENDES DA SILVA**, que estava em posse do (a) Sr(a): **EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** Rua da Aurora, N.º 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

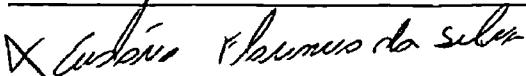
Placa: PCL0284 (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: 9C6RG3120H0022563

Descrição: YBR 150

Complemento / Observação

A VITIMA PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO PERDEU CONTROLE DO VEICULO AO DESVIAR DE BURACO NA VIA E ACABOU CAINDO. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU A TE O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE PRONTUARIO 301162. PEDE PROVIDENCIAS.

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



EUDÁLIO FLORENCIO DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE NIVALDO BEZERRA DOS SANTOS** - Matrícula: **319618-6**



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Eudálio Florencio da Silva, portador da carteira de
Identidade nº 6.871.023 e inscrito no CPF/MF sob o nº 058.709.084-77
residente e domiciliado na Rua Carolina
Cidade Pernambuco, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Eudálio Florencio da Silva
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pernambuco - 22/08/17

Local e data

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



SAMU
192



CARUARU

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) EUDARIO FLORENCIO DA SILVA CPF-058.709.084-77 e RG-6.871.023 SSP/PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1707030169 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 03/07/17 às 10h e 24min, no endereço Rua Caroline, Salgado, CARUARU/PE, com queixa de QUEDA DE MOTO tendo sido enviada a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o UPA/PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 02 de Agosto de 2017


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 29 AGO 2017 em 09/08/2017


Eudálio Flávio da Silva

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

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: 18/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02778

CONTA: 000000017351-5

Nr. da Autenticação D305E29A5A27BA29

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Guidois Florencio da Silva

RG nº 6.871.023, data de expedição 01/07/14, Órgão SSP/PE,

CPF nº 058.709.084-77, 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 Carolina</u>
Número	<u>132</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Panarana</u>
Estado	<u>55016-220</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Panarana - 22/08/17

Assinatura do Declarante: Guidois Florencio da Silva

05.802.494/0001-6
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.432, de 26/04/02

NOTA FISCAL - ELETRO - COLTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bos. Vida. Recife, Pernambuco - CEP 50000-902
CNPJ 10.935.20001-03 | Insr. Est. CCE59343-3 | www.cepe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CPF: 038 719 804-77

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

M# DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
001387760	UNICA	13/07/2017
APRESENTAÇÃO	N# DO CLIENTE	N# DA INSTALAÇÃO
13/07/2017	2002185233	875281

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CAROLINA 132

SALGADILCARUARU
CARUARU PE
55010-220

CONTA CONTRATO 2125761014 MÊS/ANO 07/2017
DATA DE VENCIMENTO 20/07/2017 DATA PRIMEIRA LEITURA 14/08/2017
TOTAL A PAGAR (R\$) 84,28

RESUMO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
00.00000000	0,71588673	75,88
		1,31
		4,11
		0,69
		1,79
		0,50

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bandeira AMARELA
Contribuição Iluminação Pública
ICMS Subvenção-CDE-NF 001077441-10/05/17
Multa por atraso-NF 001311778 - 12/05/17
Juros por atraso-NF 001311778 - 12/05/17

TOTAL DA FATURA

34.26

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)	
		DATA	LEITURA					
W36521	CAT	12-06-2017	15 635,00	13-07-2017	15 742,00	31	1.00000	105,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Ma data de elaborar e bändas en un vaga á Adxeta. Mai información en www.bancajerol.com. Obrénta e cexártate ás condicións de
venda da súa contribución individual ou do total do tenorio de torzamento. Fragmento en www.bancajerol.com para www.bancajerol.com
e www.bancajerol.com (D) e www.bancajerol.com (E, o 10-13-26-04-02), no www.bancajerol.com. Obrénta e cexártate ás condicións de vendeira da súa adxeta
deberá para a súa posibilidade de exercerse.

Não existem decisões de 2016 e anos anteriores. Esta decisão só atende, para a compreensão da concretização das obrigações da consumidor, as qualificações que sempre defendemos (Art. 4º, Lei 12.003/09). Essa decisão, só não atinge obrigações de pagamento de multas e juros de mora, que permanecem vinculadas ao processo judicial que poderão ser cobradas após o seu encerramento.

- 5.003.494/0001-6
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REF ID: F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josiane Janine Rodrigues Silva

RG nº 7.326.360, data de expedição 16/04/03, Órgão SOS

CPF nº 063.820.234-30, 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>R. Janaina</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9.258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife - 22/08/17

Assinatura do Declarante:

Josiane Janine Rodrigues Silva B.

-5.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josiane Flávia Rodrigues Silva

RG nº 7.326.360, data de expedição 16/04/03, Órgão SDS

CPF nº 063.820.234-50, 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>R. Landim</u>
Número	<u>132</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Salgado</u>
Cidade	<u>Panamá</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55016-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.9668-4814 / 9258-3087</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Panamá - 22/08/17

Assinatura do Declarante:

Josiane Flávia Rodrigues Silva B.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 SET. 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. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Cia de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
co-ARPE: 0800-727-0167-Ligaçao Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligaçao Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE JOSENILDO JOSE DA SILVA CPF: 038.719.904-77		DATA DE VENCIMENTO 21/09/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/09/2017	CONTA CONTRATO 002125761014
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA CAROLINA 132 SALGADO/CARUARU 55016-220 CARUARU PE		TOTAL A PAGAR (R\$) 62,90	DATA DA APRESENTAÇÃO 13/09/2017	Nº DO CLIENTE 2002185283
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico				
RESERVADO AO FISCO 99BE.0F08.9873.6BE4.3A8A.2FB9.4F9A.A1FE				
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.calpe.com.br				

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	83,00	0,67315022	55,87					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,99					
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,97					
Contribuição Iluminação Pública			2,45					
Multa por atraso-NF 001352969 - 14/08/17			1,26					
Juros por atraso-NF 001352969 - 14/08/17			0,33					
Atualização IGPM-NF 001352969 - 14/08/17			0,03					
TOTAL DA FATURA			62,90					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS		PIS						
COFINS								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
58,83	25,00	14,70	58,83	0,64	0,37	58,83	3,00	1,76

INFORMAÇÕES IMPORTANTES	NÍVEIS DE TENSÃO
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br .	05.802498700014
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.	TENSÃO INFRAMINIMAL(V)
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	MÍNIMO
	MÁXIMO
	220
	202
	231
22 SET. 2017	22 SET. 2017
	ENTITAÇÃO MECÂNICA

----- DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 002125761014	MÊS/ANO 09/2017	TOTAL A PAGAR(R\$) 62,90	VENCIMENTO 21/09/2017	Rua da Aurora, 173, 5º JOL DE C Boa Vista - CEP 50.000-000 Evite o bBpAr, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838400000006 629000110023 125761014103 094397294431



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336239/17

Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA
CPF: 058.709.084-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2017

Titular do CPF: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA : 063.820.234-50

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 da entrega: 22/09/2017
Nome: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA
CPF: 058.709.084-77

EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso



00301

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 Josiane Janine R. Siqueira B. portador(a) do RG nº 7.326.360, expedido por SOS/PE, em 16/04/03, CPF/CNPJ nº 063.820-234-50

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Budário Florêncio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Budário Florêncio da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista - se Renda Mensal: R\$ Recepcionista - se

Documentos comprobatórios: Recepcionista - se N.º 802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

29 AGO. 2017

Josiane Janine Rodrigues Siqueira B.
 ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO
 N.º 75 SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP 59060-010
 R.F.C.F.E-DF



00301

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 Jeroni Jovani Franise R. Siqueira B. portador(a) do RG nº 7.326.360, expedido por SOS/PE, em 16/04/03, CPF/CNPJ nº 063.820-234-50

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Budário Florêncio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Budário Florêncio da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recebedor - se Renda Mensal: R\$ Recebedor - se

Documentos comprobatórios: Recebedor - se N.º 3.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

29 AGO. 2017

Jeroni Jovani Rodrigues Siqueira B.
 ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO
 N.º de Agente, Nº 75 SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP 59060-010
 R.F.C.F.E. - DF



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Wberaci Mendes da Silva

RG: 38324737, data de expedição: 01/02/2014

Órgão SSP-PE, portador do CPF 704.911.004-34, com

domicílio na cidade de CARUARU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

R- BARRÃO DE CARUARU, nº 170,

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 Eudario Florencio da Silva,
cujo o conduto era Eudario Florencio da Silva

Veículo: PAS / MOTO/CICLETA

Modelo: YAMAHA YBR 150 FACTOR

Ano: 2017

Placa: PEL 02 84

Chassi: 9C6RG3120H0022563

Data do Acidente: 03/07/2017

Local e data do cartório: Caruaru 18 AGO. 2017

J5.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

3º CARTÓRIO DE NOTAS

Wberaci Mendes da Silva

Assinatura do Declarante

29 AGO. 2017

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

RECIFE-PE

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

Obs: Reconhecer firmeza por autenticidade!

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

BEL CARLOS TOSCONI

R. das Esmeraldas, 112 - Nossa Senhora das Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3782-4733 - Fax: (81) 3721-2008

Reconheço por autenticidade a firma de WBERACI MENDES DA

SILVA; dou fé.

Selo: 0073718.IVT08201702.04040

Caruaru/PE, 18/08/2017 10:51:34. Em testa _____ da verdade.

Naéde MARIA DOS SANTOS - Substituta

Empl. R\$ 3,88 - TST/R\$ 0,78 - Total R\$ 4,66 Op.: 27

Consulte Autenticidade em: www.tst.jus.br/seadigital



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA



Name: Teacher's Name or Surname

Prontuário: 501 '62

2-33-587

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Rec'dee 00 3 00 ~~etc~~

Kept on 30 METD RECD.

IL YAHOO RELATARIO SOBRE A GUERRA
RELATÓRIO SOBRE A GUERRA

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Aug 6 1969

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

TRATAMENTO REALIZADO:

29 AGO. 2017

Request

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

REVIEWS

RECEIVED
FEBRUARY EIGHT EIGHTY EIGHT
EILLC 0559

Alta Hospitalar: Data: 07/07/2012

Horas:

280847
71

Dr. Sennelius vid

Hora: _____

~~Ass. do Médico e CRM
Carimbo~~



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente Sr (a) **Eudario Florêncio da Silva** , Esteve Interno Nesta Unidade Hospitalar no período do dia,03/07/2017 a 07/07/2017 Registro Hospitalar: 301162 OBS: Vítima de Acidente de Trânsito.

desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru 17 de Agosto de 2017


Setor de Arquivo (SAME)

Alessandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula: 12450

109794075/0269-8
FUSAM TRAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
BR 229 AGO 2017
Indiana
RUA DA AUREA, Nº 175, SE 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

(Same) do HRA . (81) 3719-9346.



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: **EUDARIO FLORENCIO DA SILVA**

Atendimento: 01004255

Data Nascimento: 03/09/1986 Idade: 30 Anos, 10 Meses e 0 Dia

Prontuário: 00190825

Sexo: Masculino

História Atual:

ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Exame Físico:

DEFORMIDADE E SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE NO PÉ ESQUERDO

Exames Complementares/Resultados:

RX. DO PÉ ESQUERDO

Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA METACARPO FALANGEANA DO PÉ ESQUERDO

Conduta:

ENCAMINHADAO AO HRA

SENHA:

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

SIM

NAO

Transferido/ Encaminhado para:

43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Motivo:

TRATAMENTO CIRURGICO

21 NOV. 2017

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

Data: 03 DE JULHO DE 2017

Hora: 12:06

Ass. e CRM do Médico
Dr(a) **CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO**
CRM - 2913

Dr. Claudio Raposo
Traumato - Ortopedista
CRM 2913



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FLORENCIO DA SILVA

8 - N° DO PRONTUÁRIO
303162

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

61910012263955418

8 - DATA DE NASCIMENTO

3/9/66

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAC/COR

P

11 - NOME DA MÃE

Martica José Florencio da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE
912818771

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Condina

132 Soldado

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Coronav

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

551024000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Quem é nobe el ferreiro
Pto el don i ferreiro
ta el

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

IVº Eningido

c/ fio (070203/348) + 01

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Intoxicação exógena fe

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04163650454

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
()CNS ()CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

16/07/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

05.802.494/0001-41

40 - N° DO BILHETE

0000000000000000

41 - SÉRIE

0000000000000000

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

DE SEGUROS LTDA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Zenia de Palma Almeida de Lima

CRM 7091

CPF 218 107 964-15

AUTORIZAÇÃO

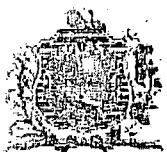
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE - 40 - 004

REC/EPF-PF

261710395781-0



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____

RG: _____

Endereço: _____

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadu-se Termo de Alta a Pedido

Transferencia: _____ Internamiento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA | N° Registro: 301162

Clínica: ORTOPEDIA | N° do leito:

Operador: GUSTAVO LIBÓRIO

1º Assistente: ALEX ROCHA | 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: LOCAL

Anestesia: LOCAL | Duração:

Data da Operação: 03/07/2017 | Início: | Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DA PE ESQUERDO

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA D PE ESQUERDO

Operação Realizada: A MESMA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. REGULARIZAÇÃO DO COTO COM PLIPEZA E DEBRIDAMENTO AGRESSIVO
4. PASSAGEM DO FIOS DE K

5. OBSERVADO DEFEITO CUTÂNEO IMPEDINDO COBERTURA ADEQUADA
6. SUTURA
7. CURATIVO

Matr. (SES-319.363-7)
CRMPE-15582
LICENCIADO
LICENCIADO
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 NUV. 2017

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

RECIEFF-PF

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336239/17

Vítima: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA
CPF: 058.709.084-77

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/07/2017

Titular do CPF: EUDARIO FLORENCIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 da entrega: 21/11/2017

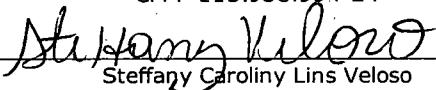
Nome: JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA
CPF: 063.820.234-50

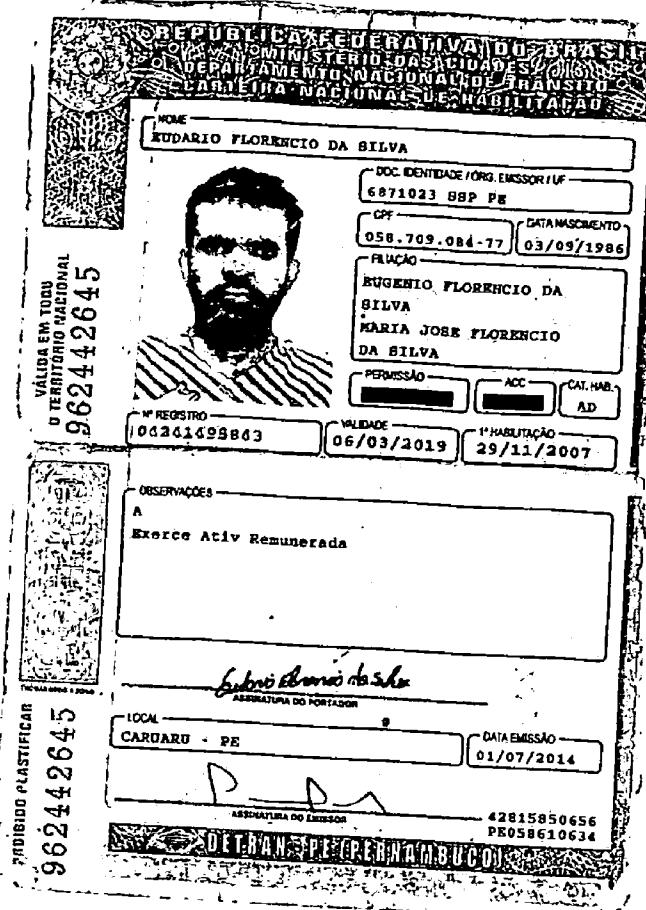
JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

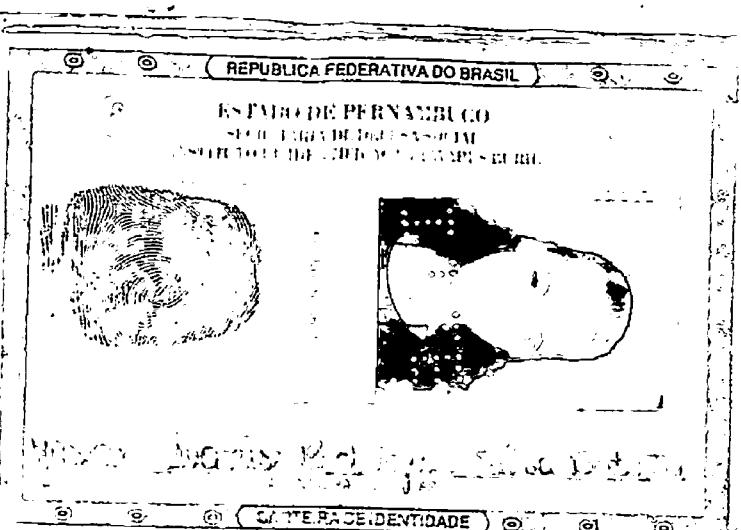


X invalidez
X ~~05.802.494/0001-41~~

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
7.326.360	16/04/2003
NAME	ASSINATURA DO DIRETOR
<< JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA	
BATISTA >>	
FUNÇÃO	DATA DE Nascimento
<< JOÃO JOSÉ DA SILVA >>	
<< DIVAMNISE RODRIGUES DA SILVA >>	
NATURALIDADE	PE
CARUARU	11/11/1983
SOC. ORG. MUN.	ASSINATURA DO DIRETOR
<< CC.13.235-L.32-B-F.106-CART.1ª ZONA-CARUARU-PE-EM 01 01	
LEI N° 7.116 DE 29/08/83	
CPF	F-07 1179

MINISTÉRIO DA FAZENDA	
SISTEMA DE CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição	
063.820.234-50	
Nome	
JOSEANE IVANISE RODRIGUES SILVA BATISTA	
Nascimento	
09/06/1983	

00,803,494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

MATRÍCULA: 013176877152
DATA DE EMISSÃO: 28/04/2017
1116438256 ***** 2017
WBERACI MENDES DA SILVA

CARUARU-PE

704.911.004-34 PCL0284
***** 9C6RG3120H0022563
PAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL
YAMAHA/YBR150 FACTOR ED 2017 2017
2P/149CL PARTIC VERMELHA
IPVA 2017 QUITADO *****
1 *****
SEGURADO PAGO

AL. FID. ACEI AYMORE CRED FIN INV

CARUARU-PE 28/04/17
Charles Andrews Sousa Bibeiro
Bivofor Presidente DFTRAU/PE

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE NO VÔO OU NA CARGA A PESSOAS TRANSFORMADAS DE MÃO, SEGURO DPVAT

013176877152 NÚMERO DE SEGURO DPVAT
WBERACI MENDES DA SILVA

OUT
0007-
2017 28/04/17
CARUARU-PE 2017 28/04/17
1 704.911.004-4 PCL0284
1116438256 YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
2017 09 9C6RG3120H0022563

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO

062-2016

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 AGO. 2017

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