

## Ficha de Atendimento

Número do Registro

917023

Data e Hora de Aten.  
07/01/2018 12:24

Atendimento: 917109

Protocolo: 1580424

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Nome Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS

End: ANTONIO BETO DA SILVA

Bairro: LERIO DE CIMA Cidade: SURUBIM N° 286

Nascimento: 20/10/1982

Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - BA PE

Leito: 802-L1

Data e Hora Atendimento: 07/01/2018 17:46

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Data e Hora Atendimento: 07/01/2018 17:46

Número do Registro: 1580424

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: JOSEILDA MARIA DE MORAIS

DOC ID / Data expedição: 6609524 / Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS

Pal: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS

Cartão SUS: 131814104530009

Endereço: ANTONIO BETO DA SILVA

Bairro: LERIO DE CIMA

Cidade: SURUBIM

UF: PE Telefone: 998778305

Número 256

Complemento:

Ocorrências:

\* motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones:

Confirmação de endereço: Assista Social

Providências: Alta  Caso Social Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons.Tutelar  Delegacias  Minist. Pùblico Outros 

Observação: Assista Social

História Clínica:

Colisão moto X Garupa da 8h. Chegou ao pronto atendimento com queixa

L3. Só não dormiu no voo. Chegou com colorido normal e en

dor abdominal. Refre dor em ambas direções.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Etmético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:Condições de imobilização adequadas: Sim  Não  Por Que?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvica: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp: 35.802404/0001-41

EGP, visão clara, pálpebras, parcialmente desorientado.

TRAÇÃO CORRETA - IA DE SEGUROS LTDA

B: Respiratório UVG, UVWAT, V/A. Causa tóxica indutora palpável

8-MAI-2013

C: Circulatório PA: X mm Pulso: Rua da Aurora, 1115, 51.902 BL. L

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

REALIZADO

TOMOGRAFIA COMPUTADOREDA

SALA: OT. CI 12

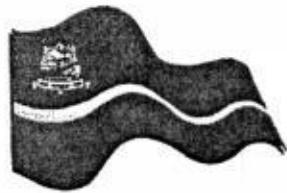
DATA: 07/01/18

HORA: 17:46

TIPO: TAC

EXAMES: TAC

NOTA: Admitido



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

Prefeitura Municipal do Surubim

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Moraes filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Moraes – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim. Dia do acidente 07/01/2018 pelo médico plantonista Dr.Arlindo L. Leite Júnior CREMEPE 23036.

*Thyago Belo Pedroso*  
Coordenador Administrativo *PAUL*  
Matrícula 10097  
Hospital Municipal do Surubim

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

*Carla Vânia Moreira Henrique*

Carla Vânia Moreira Henrique

SAME



*Joseilda Pereira de Moraes*

Recebedor

RG \_\_\_\_\_

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78  
Avenida Marilda Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE.  
Fone /Fax: (81) 3634-1196



Tarifa Social de Energia Elétrica. Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02.

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João da Barra, 111, São José, Recife, Pernambuco - CEP 50000-002  
CNPJ 16.225.303/0001-08 | Insc. Est. 1025943-82 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

ENDERÉCOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ANTONIO BENTO SILVA 250

CPF: 535.154.604-49 NIS: 16420042000

CENTRO/SUL/LEM  
SUL/LEM PE  
55750-000

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMUM  
Monofásica

DATA CONTA	MESES
1073489039	09/2017
15/09/2017	06/10/2017
DATA A PAGAR	DATA PAGAMENTO PRAZO LEGAL

DATA A PAGAR: 15/10/2017

34,87

DATA PRAZO LEGAL: 06/10/2017

VALOR (R\$): 34,87



Tech Social de Brasil Ltda. Cnpj: 00.438.000/0001-01

Completa Energias de Pensamento  
Av. João de Barros, 111, São Vicente, São Paulo - CEP 09902-900  
Fone: +55 12 32330001-28 | E-mail: Est. 0025943-83 | [www.calypso.com.br](http://www.calypso.com.br)

ESTADOS DO CEARÁ

MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

#### ENTENDENDO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO BENTO SILVA 255

CPF 335-154-1894-49765 184289438605

CENTRO SUPERIOR  
SUPREMO  
ESTE DIA

四庫全書

BI RESIDENCIAL  
BAUARENDA.COM.MX  
Monterrey

ПРЕДМЕТЫ ПОДАЧИ	СОСТАВ	СРОКИ
000533041	УЗБА	05/05/2017
АРХИВАЦИЯ	УПДА-СЛУЖБА	УПДА-СЛУЖБА
запросы	2015040213	3750700

1073489039 09/2017  
15/09/2017 06/10/2017  
34,51

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo N. - 30 kWh	30.000000	3.1703869	5,11
Consumo M. - dezenas a 30 até 100 kWh	70.000000	3.2924754	20,44
Consumo Altas - dezenas a 100 até 250 kWh	5.000000	3.4326351	1,31
Acréscimo Unidade MARFELHA			0,21
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,35
Correção de Fornec. An. Pólio X			0,85
Multa por atraso-NF 00000000000000000000000000000000			0,50
Juros por atraso-NF 00000000000000000000000000000000			0,00

3481

#### TOTAL DAS FALTAS

ATRIBUTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (R\$)
ATRIBUTO1	EST	20/05/2017	20/05/2017	0	1.000000		200.000

ERIC'S ED2941028 0803 FEB 90 BJA TERR C 139

05 802 494 (0001-4)

TRACÃO COBERTO A

DE SEGURÓS LTDA

CATEGORIA	VALORE	TASSO DI VARIAZIONE ANNUALE (%)			TASSO DI VARIAZIONE MENSILE (%)	VALORE DI RIFERIMENTO
		ANNUALE	TRIMESTRALE	MENSILE		
PIRELLI	1.000	11,30	11,30	1,00	1,00	1.000
PIRELLI	1.000	11,30	11,30	1,00	1,00	1.000
PIRELLI	1.000	11,30	11,30	1,00	1,00	1.000

2006. Value of the energy services of the natural environment in the EU-15 countries. *Journal of Environmental Economics and Management* 51: 130-153.

Rev. Vista - FEBREROS 2010

RECIEVE DE



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
CONCESSIONÁRIA: ELETROBRAS - COMPAGNA DE ENERGIA ELÉTRICA

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA GORETTE SILVA DE MORAIS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ANTONIO BENTO SILVA, 254

CPF: 535.134.604-49 NIS: 16420948666

CENTRO SURGIM  
S. PAULO

## CLASSTIFICATION

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM HS  
Monofase

СОСТАВ СОДРЖАНИЯ

000523041 UNICA 06/09/2017

1073489038 09/2017  
15/09/2017 06/10/2017  
TOTAL A PAGAR 0,00

Consumo Até 30 kWh  
Consumo Acima de 30 até 100 kWh  
Consumo Acima de 100 até 220 kWh  
Acrescimo Bandeira VERMELHA  
Acrescimo Bandeira VERMELHA  
Contribuição Iluminação Pública  
Multas por atraso- INF 00481994 - 07/08/917  
Juros por atraso- INF 00481994 - 07/08/917

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,000000	0,17035803	5,11
70,000000	0,29264234	20,44
3,000000	0,43305351	1,31
		0,21
		1,36
		5,82
		0,54
		0,08

第四部分 附录与附图

34-87

**TOTAL DA FALTA** **DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DÉBITO NOTA FISCAL**

PERÍODO DE REFERÊNCIA	PERÍODO DE VENCIMENTO	VALOR DO TÍTULO	VALOR DO TÍTULO	Operações de Energia	RS 11,70	41,00%
Mar - 16				Transmissão	RS 1,21	3,00%
ABR17 102	ICMS	34,43	56,64	Produção e Distribuição	RS 8,73	32,30%
ABR17 102	PIS	34,43	56,64	Perda de Uso	RS 2,74	9,80%
ABR17 102	COFINS	34,43	56,64	Operações Intercorrentes	RS 2,71	9,94%
ABR17 122				Itinerante	RS 1,03	3,82%
MAR17 127				Total	RS 26,42	100,00%
ABR17 124						
MAR17 126						
FEV17 137						
ABR17 123						
DEZ16 120						
NOV16 127						
OUT16 107						

**INFORMACIÓN IMPRESA EN ESTE**  
Este documento informa sobre las **condiciones de garantía** que se aplican a los servicios prestados por el **Cliente** a **Compartel** y que se cumplen en el **territorio de servicio** de **Compartel**. Puede verlo en la **dirección** [www.compartel.com/soporte/contratos/contrato\\_garantia.pdf](http://www.compartel.com/soporte/contratos/contrato_garantia.pdf). Junto con este documento se incluye la **garantía** que se aplica a los servicios de **Compartel** que se detallan en el **Contrato de Servicio** que el **Cliente** ha suscrito con **Compartel**. La **garantía** que se aplica a los servicios de **Compartel** que se detallan en el **Contrato de Servicio** que el **Cliente** ha suscrito con **Compartel** es la que se aplica a los servicios de **Compartel** que se detallan en el **Contrato de Servicio** que el **Cliente** ha suscrito con **Compartel**.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular 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. Este cadastro deve conter, além dos documentos de Identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>2</sup> 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, Joseilda Pereira de Moraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022276594-36, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Edinaldo Silva de Moraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 044969514-01, do sinistro de DPVAT cobertura 10 amos, da Última Jose Edinaldo Silva de Moraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022276594-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência Junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
Rua Antônio Bento Silva	256	
Centro	Estado	CEP
Surubim	PE	55750-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
	9702-5708	

Surubim, 01 de fevereiro de 2018  
 Local e Data

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETO, LIA  
 DE SEGUROS E TDA

Joseilda Pereira de Moraes 16 MAR 2018  
 Assinatura do Declarante

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

R.F.C.F.E.P.E

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Joseildo Silva de morais

RG: 6.682.160, data de expedição 20/09/2013

Órgão SDS, portador do CPF 056.072.664-35, com

domicílio na cidade de Surubim, no Estado de

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

Rua: Antônio Bento Silva, nº 256,

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo

abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Jose' Edinaldo Silva de morais  
cujo o condutor era Jose' Edinaldo Silva de morais.

Veículo: PAS / Motocicleta

Modelo: Honda / CG 150 FAN ESI

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR616027

Data do Acidente: 07/03/2018

Local e data do cartório: Surubim, 18/03/18

Joseildo Silva de morais

Assinatura do Declarante



05.802.494/0001-41

TRACIM FOLHETONA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



DOCUMENTO  
ORIGINAL

## Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Joseildo Silva de morais,

RG: 6.682.160, data de expedição 20/09/2013

Órgão SDS, portador do CPF 056.072.664-35, com  
domicílio na cidade de Surubim, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)  
Rua: Antônio Bento Silva, nº 256,

complemento Casa, declaro, sob as penas da lei, que o veículo  
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Jose' Edinaldo Silva de morais  
cujo o conduto era Jose' Edinaldo Silva de morais.

Veículo: PAS / Motocicleta

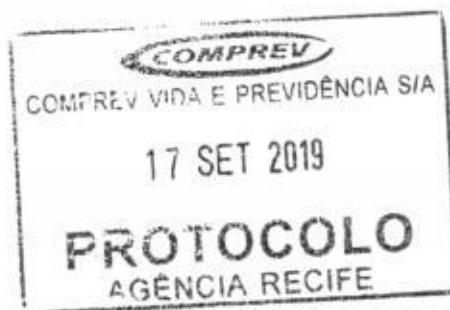
Modelo: Honda / CG 150 FAN ES1

Ano: 2012

Placa: PEM 8011

Chassi: 9C2KC1670CR616027

Data do Acidente: 07/01/2018



Local e data do cartório: Surubim, 18/01/18

Joseildo Silva de morais

Assinatura do Declarante

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

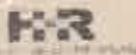
Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

2º TABELIONATO  
DE NOTAS DE SURUBIM-PE

2º TABELIONATO DE NOTAS DE SURUBIM-PE  
Praça Díromo Carneiro - Galeria José Ribeiro - L12 - Centro - Surubim-PE  
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: cartorio.notas.surubim@gmail.com  
Cruzaria Maria Silva de Lima - Izaíde Pádua

Reconheço por AUTENTICIDADE 2 firma(s) de: (2) JOSEILDO SIE MORAIS  
Dou fe. Surubim, Quinta-feira, 18 de janeiro de 2018 - Em Testemunha  
da verdade.  
Elizabeth Maria de Andrade Cadeira - 2º Substituta  
Total: 2 AUTENTICO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE!  
Selos(s): 0073214.BKA01201801.01273, 0073214.BKA01201801.01274 - F-2  
Didimo Carneiro - Gal. José Ribeiro - L102 - SURUBIM-PE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

## Ficha de Atendimento

Número do Registro

917023

Data e Hora de Atenção  
07/01/2018 12:24

Atendimento: 917109

Prontuário: 1580424

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Nome Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS

End: ANTONIO BETO DA SILVA

Bairro: LERIO DE CIMA

Cidade: SURUBIM

Nº 266

PE

Nascimento: 20/10/1982

Localização: TRAUMATOLOGIA ADULTO SUL - BA

Local: 602-L1

Data e Hora Atendimento:

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

07/01/2018 17:48

Cod. Paciente: 1580424 Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Data de nascimento: 20/10/1982 Idade: 35a 2m 18d

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante: JOSEILDA MARIA DE MORAIS

DOC ID / Data expedição  
6609524 /Mãe: MARIA GORETE SILVA DE MORAIS  
Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS

Cartão SUS: 131814104530009

Endereço: ANTONIO BETO DA SILVA

Número 256

Bairro: LERIO DE CIMA

Complemento:

Cidade: SURUBIM

UF: PE Telefone: 998778305

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta  Caso Social Encaminhamentos: Rede de Apoio  GPCA  Cons. Tutelar  Delegacias  Minist. Público Outros 

Observação:

História Clínica:

Colisão moto X Corvo às 8h. Chegou ao pronto atendimento com choque L3. Na neg. derivação ex. ventrículo. Chegou com color cianótico e em dor intensa! Rcp de dor em ambos lados.

## Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim  Não  Episódio Emético: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não Acidente de Trânsito: Sim  Não  Tipo:

Transporte realizado Por:

Imobilização Cervical: Sim  Não  Sofreu Queda: Sim  Não  Altura:Condições de imobilização adequadas: Sim  Não  Por Quê?

## Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Teto: 05.802.104/0001-41

EGP, visão aberta pitritis, parcialmente desorientado.

TRACÃO CORRETAIA  
DE SEGUROS LTDA

B: Respiratório UV/TEMAHT x/Ab. Cxto torácico indolor palpável

MAP: 80/73

C: Circulatório PA: X mm Pulso: Rua da Aurora, 1713, 30.902-850 Cidade: Recife - PE

Pulse: bpm

Bela Vista - CEP: 50.060-010

B1/F1/P1 mm 27, N/A. FC: 100pm. Pulso regular e forte

RECIFE - PE

REALIZADO  
TOMOGRAFIA DE SESSÃO  
07.01.18  
SATH  
LARANJA  
LEONARDOREALIZADO  
TOMOGRAFIA DE SESSÃO  
07.01.18  
SATH  
LARANJA  
LEONARDO

D. Exame Neuroológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: 3	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 4	Glasgow: Resposta Motoras Escore: 6
Glasgow 13 is 12 40 <i>Reação incompleta.</i> <input type="checkbox"/>		
E. Exposição/Abdômen: Abd: levemente edemaciado, fluido e infeccioso. Pulmões: estonados.		
Diagnóstico Inicial: <i>Colite aguda</i>	Cod. Procedimento	
Conduta: <i>Orde para TAC do crânio, RX de cervical, de tórax, ombros e braços. Dir para NCA, CG, ortopedia e PMF</i>	Ass. Médico <i>D. Lira</i>	
<i>Jr. Italo Jorge Lira Câmara Geral RM-PE, 22000</i>		

Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermagem
-------------------------	-----------------

Definição do Caso:	Condição de Alta:
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado
Internado na Clínica:	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado
Transferido para	<input type="checkbox"/> Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____
---

Termo de responsabilidade para Internamento:  
- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
No da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de responsabilidade de alta a pedido:  
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_ 05.802.494/0001-41  
No da identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ TRACÃO CORRETU-IA  
Data e Hora Impressão: 07 Jan-18 DE SEGUROS LTDA

7101118 *Transfere* 16 MAR. 2013  
9:00 Pouco intenso à ocorrência de dor no abdômen  
referida ao dia anterior *①*

EF: Fazendo respiração e sono *①*  
ADM: dor abdominal *①*

Dor c/ relaxamento e dor constante *②*

Dor c/ relaxamento e dor constante *②*



Prefeitura Municipal do Surubim  
Secretaria de Saúde do Surubim

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto da Miranda

**LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE**

1º Via Hospital de destino / 2º Via Hospital local

Capital Local:	UPA 24h	Município:	Surubim		
Nome do Paciente:	José Edimilson dos Nogueira 35				
Endereço Clínico:	R. 1º TCE + 200 mts da Rua Fronteira (R. 140, 50 mts) - 94900-000				
CEP:	5556180	HOR: 111	Caracter: A) 93		
Diagnóstico:	TCE + contusão fronto-parietal				
Assinatura do(a) Médico(a) Assistente	CRM: 23035	DATA: 07/01/18			
Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Chefe do Plantão	COREN:		DATA:		
1º REMOÇÃO		1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
		Areroinha	Recife		
		Motivo (Registro Detalhado)			
		Avulsão de nervos cranianos			
		Assinatura do(a) médico(a): CRM:			
2º REMOÇÃO		2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saída	Hora Chegada
		Motivo (Registro Detalhado)			
		05.802-494/0001-41 TRAÇÃO CORRETIVA DE SÉGUROS LTDA			
		Assinatura do(a) médico(a):		CRM:	16 MAR. 2013
Assinatura do Responsável		Rua da Aurora, N° 125, Sl. 002 Bl. C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:			
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:			

# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

07/01/2018 12:19

Nome Paciente: JOSE EDNALDO SILVA DE MORAIS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 20/10/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 35  
Senha: U0024  
Convênio:  
Atendimento:

07/01/2018 12:19 - ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA - COREN: 54661 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: VERDE - POUCO URGENTE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 4H NEGA DESMAIO E VOMITO, APRESENTANDO FERIMENTO EM REGIAO FRONTO-PARIETAL

Observação: 5336180

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 0  
- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Rx: Fr. J 1/3 anter J crural ①

AN: Tropo. + Anest.

Av. 6º andar qd alto J setor clínico

22738 - A. Rego Linha.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETIVA  
DESEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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

Acolhido(a) por: ALEXIANA EUTALIA SANTANA DA SILVA

Data: 07/01/2018 12:19

RECIFE-PE

07-01-18 #CG#

14:10 Rx torax: animo de punção no dorso  
abdominal.

AS: alto da C. C.

  
Dr. Celso Jorge Lira  
Central Geral  
CNPJ: PE: 22000

07/01/18

NCR

estava SI intercorrentes

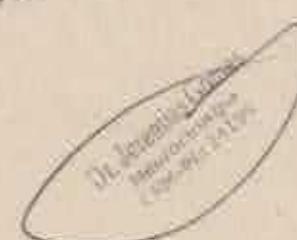
ECG

TAC do crânio SI levo

TAC da coluna cervical: Sem evidências de fx/listos

Conclusão: Alta da NCR

AO Trauma TO

  
Dr. Celso Jorge Lira  
Central Geral  
CNPJ: PE: 22000

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETIVA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Josi Edinaldo

RG

RG 911023

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

# CTBMFT 14:10 09/01/18

- Paciente vítima de acidente com eletricidade. Causa eletricidade, enjado, suor, tremendo, CG RG

- Ao examen: apronta ferida com contuso submucoso na região frontal seu díbito era deserto. Apronto OPN e auxiliares higiênicos a palpação. Boa abertura bucal. Sinais gêneros normais e respostas normais.

- Ao examen de urogenital: TCD de erato na ruga peniana de náhio.

C. Galtei BME

08/01/18 exame ginecológico pré edatela pma

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETO LTDA  
DESEGUEDOS LTDA

16 MAR 2017

Rua da Aurora, N° 125, SL 802 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

PRONTUÁRIO: 1580424

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/10/1982

DATA/HORA: 08/01/2018 10:20

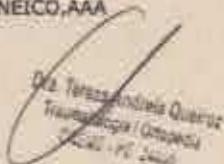
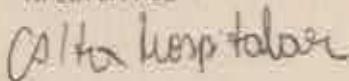
ATENDIMENTO: 917109

Leito 602-L1

## Evolução Clínica

Data: 08/01/2018

Hora: 10:18

**#TRAUMATOLOGIA****#HOA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO  
#HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA****#EVOLUCAO: PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS  
#AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AAA  
NVC PRESERVADO DE MSD****CDT: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS  
TIPOIA EM MSD**  
Dr. Terezinha Queiroz  
Traumatologa / Ortopedico  
CRAU - PE - 2000  
08/01/201805.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETÓ-IA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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



Paciente:

*José Grinaldo Silva - Pioner*

Data: 07/04/2018

Enfermagem:

Laito:

Hipótese Diagnóstica:

**Glasgow**

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total	pontos
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)	
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)	
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)	
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (descort. X3 pts.)	
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descortab.) (2 pts.)	
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

 TRM  Sim  Não

Fráquez:

A - Perda motora e sensitiva completa

D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

 Sistema Respiratório:  Espontâneo  TOT  TOT  Outros

Quais:

 Venóclise:  AVP \_\_\_\_\_

 AVC \_\_\_\_\_

 JH \_\_\_\_\_

 Sem Acesso.

Dieta

 Zero

 SNG

 SNE

 Via Oral

 SOG

 Gastrostomia

 Gavagem

 Aberta

 Eliminações Intestinais:  Normais  Constipação a \_\_\_\_\_ das

 Diarreia \_\_\_\_\_

 Diurese:  Espontânea  Dispositivo Urinário

 SVA

 SVD

Aspecto:

 Pele:  Intacta  Lesionada

 Ferida Operatória Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Úlcera de decúbito

Localização:

Localização:

Estágio:

*Neu*

Queixas:

Exames:

Parcerias:

Observações (Diurnas / Noturnas):

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Glasgow**

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Total	pontos
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.)	
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.)	
<input type="checkbox"/> A dor (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.)	
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal (descort. X3 pts.)	
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Extensão (descortab.) (2 pts.)	
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

 TRM  Sim  Não

Fráquez:

A - Perda motora e sensitiva completa

D - Motricidade funcional presente

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

 Sistema Respiratório:  Espontâneo  TOT  TOT  Outros

Quais:

 Venóclise:  AVP \_\_\_\_\_

 AVC \_\_\_\_\_

 JH \_\_\_\_\_

 Sem Acesso.

Dieta

 Zero

 SNG

 SNE

 Gavagem

 Aberta

 Eliminações Intestinais:  Normais  Constipação a \_\_\_\_\_ das

 Diarreia \_\_\_\_\_

 Diurese:  Espontânea  Dispositivo Urinário

 SVA

 SVD

Aspecto:

 Pele:  Intacta  Lesionada

 Ferida Operatória Data da Cirurgia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Úlcera de decúbito

Localização:

Localização:

05.802.494/0001-41

 TRAÇÃO CORRETOA  
DE SEGUROS LTDA

Queixas:

Exames:

Parcerias:

Observações (Diurnas / Noturnas):

Diurno:

Ass:

COD. 0013





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

Hospital da Restauração 0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_ 6 - N° DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

João Edmundo de Souza

1560424

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE ( CNS ) \_\_\_\_\_ 8 - DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_ 10 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ 12 - TELEFONE DE CONTATO \_\_\_\_\_

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO ( S ) ESPECIAL ( S )

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 14 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

Fora coluna lombar N/C

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 16 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 18 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 20 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL \_\_\_\_\_ 22 - CÓD. PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_ QTDE \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO



23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 24 - DATA DA SOLICITAÇÃO \_\_\_\_\_

Elaine Franke  
Neurocirurgia  
CRM-PE 25349

03/01/18

25 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 26 - ASSINATURA E CARMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO ) \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41

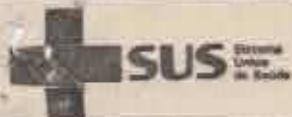
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_ 28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO \_\_\_\_\_

18 MAR 2013

29 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 30 - ASSINATURA E CARMBO ( N° DO REGISTRO E CONSELHO ) \_\_\_\_\_

RECIFE-PE

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C



# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital da Restauração	2 - CNES 0000655
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Jair Edvaldo Silveira Melo	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1580424
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE ( CNS )	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - TELEFONE DE CONTATO
11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	12 - TELEFONE DE CONTATO

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TAC de crânio	14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07.01.18
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------------------

25 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARMIM ( N° DO REGISTRO E CONSELHO ) Dr. Jairo Jorge Lira CRM-PE: 22000
---	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO 05.802.494/0001-41 28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETA DESEGUROS LTDA /
---------------------------------------	---

29 - N° DOCUMENTO ( CNS / CPF ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARMIM ( N° DO REGISTRO E CONSELHO ) Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-030
---	---

REALIZADO

CONFECÇÃO DE EPIFISIOTOMIA

DATA: 07.01.18

CONCEPÇÃO:

LEIA-SE: Admitida

ICD-10-PE

Cod. 0421



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS	PRONTUÁRIO: 1580424	ATENDIMENTO: 00917109
DATA DE NASCIMENTO: 20/10/1982	FOI ATENDIDO EM: 07/01/2018 ÀS	DATA DA ALTA: 08/01/2018 ÀS 12:59

**Diagnóstico Provável:**

HDA: PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO

#HD: FRATURA FECHADA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA DIREITA

CID-10: S42.0

**Tratamento Realizado:**

TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA

ANALGESIA

**Observação:**

PACIENTE DEVE PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS

**Encaminhado para:**

RETORNAR AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA APOS 30DIAS COM DR TIAGO JUSTOS

JOSE VINÍCIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 08, JANEIRO ,2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETUALA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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



**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

Prefeitura Municipal do Surubim

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que a Sr. Jose Edinaldo Silva Moraes filho de Maria Gorete Silva de morais e Jurandi Pereira de Moraes – Bairro São Sebastião - Surubim- PE solicitou no dia 15/01/2018 cópia do seu prontuário Acidente de moto foi atendido na instituição Hospitalar UPA 24horas Unidade de Pronto Atendimento Surubim. Dia do acidente 07/01/2018 pelo médico plantonista Dr.Arlindo L. Leite Júnior CREMEPE 23036.

*Thyago Belo Pedrosa*  
Coordenador Administrativo *PAULIN*  
Matrícula 10097  
Hospital Municipal do Surubim

Surubim, 15 de Janeiro de 2018

*Carla Vânia Moreira Henrique*

Carla Vânia Moreira Henrique

SAME

*José Edinaldo Pereira de Moraes*

Recebedor

05.802.494/0001-41

RG \_\_\_\_\_

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Prefeitura Municipal de Surubim – CNPJ: 08.937.139/0001-78

Avenida Marilda Arruda Guerra, 5/N - Coqueiro - Surubim/PE. 16 MAR. 2013

Fone /Fax: (81) 3634-1196

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RFCIFF-PE

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00500566-9

Idade: 35 ANOS, 2 MESES E 16 DIAS

Nome: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Dt. Nasc.: 29/10/1982 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

Endereço: RUA ANTONIO BENTO DA SILVA

CEP: 55750000

Cidade: SURUBIM/PE

Nac: BRASIL

Documento:

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Sistrenat:

Tel.:

Mãe: KARLA GORETE SILVA DE MORAIS

CNS:

Pai: JURANDI PEREIRA DE MORAIS

Profissão:

Responsável:

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
07/01/2018 08:48	0051049	ACIDENTE DE MOTO
14/05/2017 09:36	0015799	CURATIVO
13/05/2017 10:09	0015616	CURATIVO

Urgência ( ) Nível Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

## PRE-CONSULTA

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

## Queixas / Diagnóstico

Por oligofliza  
verm de colar  
verm - como 100 g  
roto el TCE +  
conta on front - temporal

Tratamento

1/14022  
+ 2562827  
+ 85000  
7/522 1500  
7/522 1000  
Fato a 05 500% - 1000  
7/522 1000 - 02,00  
+ 520

AO HR  
neurocimnor: sentez

111 PA: 140x90 mmHg.  
PAP 94%

## Exames complementares

Motivo da saída:

Residência  Internado 

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

Data saída:

Hora saída:

Armando L. C.  
Médico CRM-PE

Impressão diagnóstica

CID

1/ S.N.G. S/N  
7/ paciente 01212000  
1/ colite comecal  
Fato a 10.55

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO:	
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	
	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
MÉDICO / CRM-PE: 05.802.494/0001-BR		
TRAÇÃO CORRETIVA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / DÉSENVOLVEDOR LTDA	HORÁRIO
	16 MAR. 2013	
	Rua da Aurora, nº 175, 5º 901 BLC	
	Baixa - CEP: 50.060-010	
	RECIFE - PE	

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

SERVICO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 917023

Nome: José Espinaldo Silva Freitas

Foi atendido às 12:24 h do dia 07/01/19

Diagnóstico Provável TCE

\_\_\_\_\_ data da alta 07/07/18

Este paciente deverá retornar para **EMERGÊNCIA** em caso de :

## CEFALEIA (c)

#### **VOMITOS PARA NINGUNA**

ANISOCORIA (MUDANÇA DE PIANO MÍDICO) QUE A PTERA)

## ANISOCORIA

## CONVULSAO CSE-Artefato

OBS : Anaigésicos que podem ser utilizados desse grupo.

Mollusca - 1 - MOLLUSCA - NEUROSCIRURIA

Observações: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

DL-1000-24  
1000-24

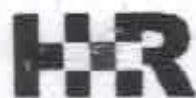
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Públco do Estado de Pernambuco.

Cod. 016305-802 494/0001-a

TRAÇÃO CORRETA  
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2013

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



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 08/02/2018 12:30Hr  
Serviço.....: TRAUMATOLOGIA OMBRO  
Médico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO  
Agenda.....: 39629

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1580424 Same.....:  
Nome.....: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 998778305 / Celular: () - Nasc.....: 20/10/1982  
Endereço.....: ANTONIO BETO DA SILVA, 256 - LERIO DE CIMA - SURUBIM - PE - Cep: 55750000  
Cidade.....: SURUBIM

Agendado por: VANDERSONASN

05.802.494/0001-4  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2017

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



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Clínica:

Prontuário: 1580424

Atendimento: 917109

Leito: 602-L1

SOLICITO:

1-TIPOIA AMERICANA

Data: 08/01/2018

  
Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETÓRIA  
DE SEGUROS LTDA

18 MAR. 2013

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



### Receituário Controle Especial

#### Identificação do emitente

NOME COMPLETO: PLETO: JOSE VINICULS G DOS SANTOS		CRM: 25516
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE UF: PE

Paciente:  
JOSE EDINALDO SILVA MORAIS

Endereço paciente:  
ANTONIO BETO DA SILVA

Prescrição:

USO ORAL:

1- FLANCOX 500MG-----1CX  
TOMAR 1CP, VO, 12/12H POR 5 DIAS  
2- DIPIRONA 500MG-----1CX  
TOMAR 1CP, VO, 6/6H SE DOR

Data: 08/01/2018

Assinatura do médico/carimbo

#### Identificação do Comprador

Nome:

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### Identificação do Fornecedor

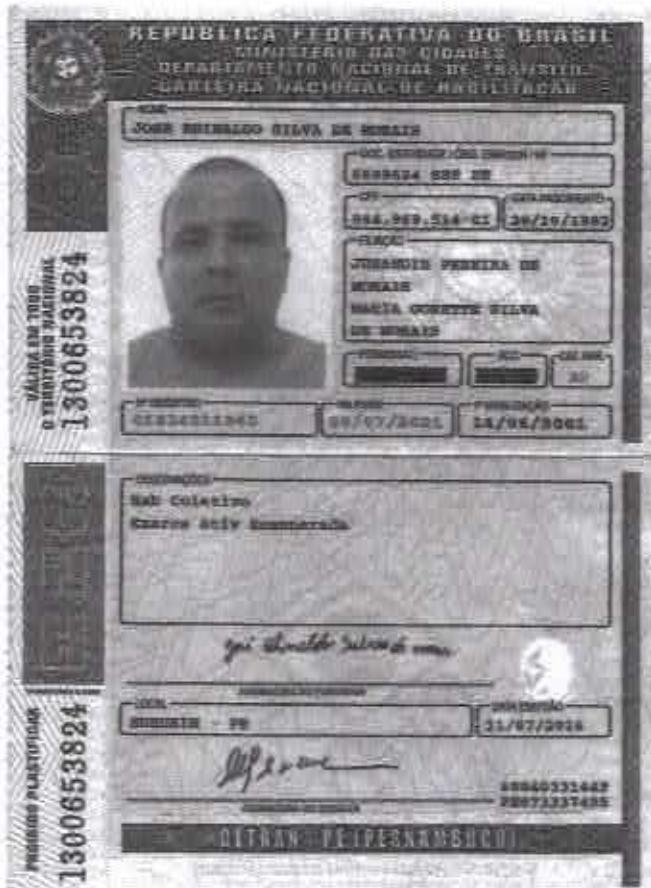
Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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



05.802.494/0001-41

16 MAR 2013

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



05.802.494/0001-41

1-6 MAR. 2013

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Dígito Verificador: **00**

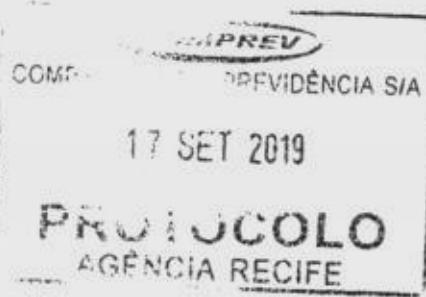
Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **044.969.514-01**

Nome: **JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Data de Nascimento: **20/10/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/11/2000**

Dígito Verificador: **00**

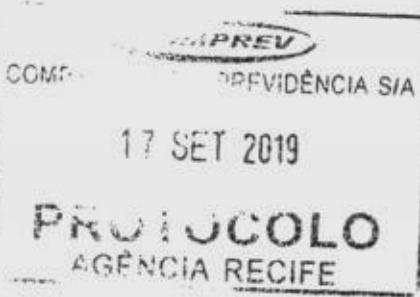
Comprovante emitido às: **14:32:37** do dia **17/09/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **98E0.8262.E968.09AE**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)









05.802.494/0001-4.  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RIO GRANDE DO NORTE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3180/123433

PEDIDO DE REANÁLISE

Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3180/123433 tendo em vista está apresentando LAUDO onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcreto e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VITIMA: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

CPF:044.969.514-01



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190536032      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS      **Data do acidente:** 07/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Descrição do exame físico:** EXAME SEM ALTERAÇÕES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 27/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190536032      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS      **Data do acidente:** 07/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Descrição do exame físico:** EXAME SEM ALTERAÇÕES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 27/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190536032      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS      **Data do acidente:** 07/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190536032      **Cidade:** Surubim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS      **Data do acidente:** 07/01/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA EM TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PAG 8.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>

## Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante

Jose' Edinaldo Silva de Moraes

portador(a) do documento de identidade nº

6609524 SSP expedido por SSP PE

14/06/2001

inscrito no CPF sob o nº 014.969.514-01, residente na

Rua: Antonio Bento Silva, nº 256

complemento

Casa

Bairro Centro

cidade

Surubim

Estado PE

2. Outorgado

Joseilda Pereira de morais

portador(a) do documento de identidade nº

11256

expedido por MT PE

01/03/2013

inscrito no CPF sob o nº 022.276.594-16, residente na

Rua: Antonio Bento Silva, nº 256

complemento

Casa

Bairro Centro

cidade

Surubim

Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Surubim 17 de 01 de 2018

Outorgante Jose' Edinaldo Silva de moraes

Autenticidade

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
INSCUÍTOS LTDA

16 MAR. 2013

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



DOCUMENTO  
ORIGINAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321829/19

**Vítima:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

**CPF:** 044.969.514-01

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/01/2018

**Titular do CPF:** JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### 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  
Outros

**JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS : 044.969.514-01**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2019  
Nome: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS  
CPF: 044.969.514-01

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019  
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA  
CPF: 118.262.994-67

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

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, 25 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190536032**

**Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 07/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 03 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190536032**

**Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 07/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

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, 18 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190536032**

**Vítima: JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 07/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044969514-01

Nome completo da vítima

José Edinaldo Silva de Moraes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
José Edinaldo Silva de Moraes		044969514-01	Recluso - se
Endereço	Rua Antônio Bento Silva	Número	256
Bairro	Centro	Estado	PE
Email	Surubim	CEP	55750-000
		Telefone (DDD)	9702-5708
		(81) 9.9668-4819	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ DV. \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ DV. \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ DV. \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ DV. \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Surubim, 01 de fevereiro de 2018  
 Local e Data

05.802.494/0001-41

 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Ilha da Aurora, N° 175, 1º S02 BL. C  
 501 Vista - CEP: 50.060-010

RPPF/PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044969514-01

Nome completo da vítima

José Edinaldo Silva de Moraes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
José Edinaldo Silva de Moraes		044969514-01	Recluso - se
Endereço	Rua Antônio Bento Silva	Número	256
Bairro	Centro	Estado	PE
Email	Surubim	CEP	55750-000
		Telefone (DDD)	9702-5708
		(81) 9.9668-4819	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. _____	D/V	CONTA NRO. _____	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO. _____	D/V	CONTA NRO. _____	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Surubim 01 de fevereiro de 2018  
 Local e Data

05.802.494/0001-41

 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

 Ilha da Aurora, N° 175, 1º S02 BL. C  
 501 Vista - CEP: 50.060-010

RPP/IE/PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da **VÍTIMA** e do seu **REPRESENTANTE LEGAL\*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Maciel Carneiro da Cruz*

CPF da Vítima

*052.950.774-93*

Data do Acidente

*13/08/2017*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

*Maciel Carneiro da Cruz*

CPF do Representante Legal

*052.950.774.97*

Email

Telefone (DDD)

*(81) 9.9668-1814*

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Gloria de Góis 20 de maio de 2018.*

Local e Data

*Maciel Carneiro da Cruz*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

11/01/2019

RECIFE-PE

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

044.969.554.01

Nome completo da vítima

Jose Edimundo Silveira de Moraes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Edimundo Silveira de Moraes	044.969.554.01	Eletricista - se
Endereço	Número	Complemento
Rua Antônio Bento Silveira	256	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	55750-000
Email	Telefone (DDD)	
	83-33668-1844/93258-3087	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco Santander

Nº

033

AGÊNCIA	CONTA
Nº:	Nº:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/V	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA	CONTA
Nº:	Nº:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
D/V	D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santos/PE 20 de junho de 2018  
 Local e Data

Jose Edimundo Silveira de Moraes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

044.969.514-01 José Edinaldo Silva de Moraes

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

5 - Nome completo:

José Edinaldo Silva de Moraes 044.969.514-01

7 - Profissão:

Recluam-se

8 - Endereço:

Rua Antonia Bento Silva 256

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Surubim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 3.9258-3087

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: SantanderAGÊNCIA: CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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 teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 Não

30 - Vítima deixou nascituro (váinascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não

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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o rogo

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

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17-SET-2019

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

Surubim 30/09/19

José Edinaldo Silva de Moraes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FDC 001 1000/2010

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRICAO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 18E0206000136

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/01/2018 às 11:28

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 7/1/2018 às 02:29**

Faça acordo no endereço: AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvidos) na escravidão:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE EDINALDO SILVA DE MORAES

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

**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GORETE SILVA DE MORAIS** Pai: **JURANDIR PEREIRA DE MORAIS** Data de Nascimento: **20/10/1982**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **0008524/686/PE (RG), 04496951401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:  
- **867825798**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 5 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO -**  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** 05.802.494/0001-41  
**INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **NRV**  
TRAÇÃO CORRETOA  
DE SEGUROS LTDA

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

16 MAR 2017

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**, que  
estava em posse do(s) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES** Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Nossa Vista - CEP: 50.060-010**  
Cor: **PRETA** - Quantidade de: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: PERNAMBUCO (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Chassi: SC2KIC1571CR616927

**DESCRIÇÃO: MOTO HONDA 150 AND 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAES**

### Complemento / Observação

DOCUMENTO  
ORIGINAL

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDAR PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2013, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEONARDO GONCALVES DE SOUSA** - Matrícula: 326341-7

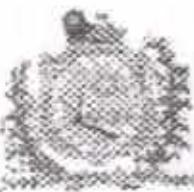


05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 116<sup>ª</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116<sup>ª</sup>CIRC  
DINTER1/16<sup>ª</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0206000136

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/01/2018 às 11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 7/1/2018 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H -  
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO  
COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE  
EDINALDO SILVA DE MORAIS

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

JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês: MARIA  
GORETE SILVA DE MORAIS Pai: JURANDIR PEREIRA DE MORAIS Data de Nascimento: 20/10/1982  
Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6889524/057/PE (RG), 64498951401  
(CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Ecolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones  
Celulares:  
- 997925798

Endereço Residencial: RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 5 - Bairro: SÃO SEBASTIÃO -  
SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETÓRIA  
DE SEGUROS LTDA

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

VEÍCULO (VEÍCULO) da propriedade do(a) Sr(a): JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS (01/2013)  
estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EDINALDO SILVA DE MORAIS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)  
Placa: PEM8011 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC1671CR016027  
Descrição: MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS  
RECIFE-PE  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Complemento / Observação

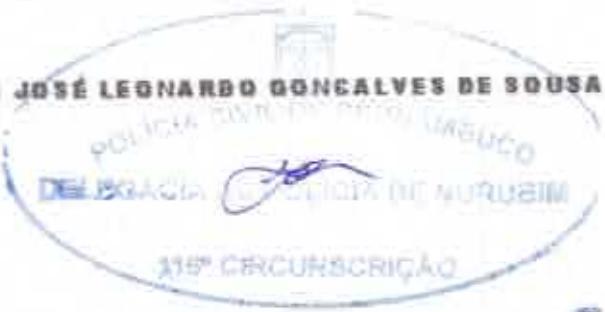
DOCUMENTO  
ORIGINAL

A VÍTIMA RELATA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA NESTE BO. QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEBAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FRIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDAR PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2015, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

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

**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ LEGNARO GONCALVES DE SOUSA** - Matrícula: 328341-7



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETIVA  
DE SEGUROS LTDA

16 MAR. 2013

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

**DOCUMENTO  
ORIGINAL**

17 SET 2019

PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **18E0206000136**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2018** às **11:20**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que**  
aconteceu no dia **7/1/2018** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARILDA ARRUDA GUERRA, UPA 24H - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, BAIRRO COQUEIRO - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR\AGENTE)**  
**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS**

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

**JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GORETE SILVA DE MORAIS** Pai: **JURANDIR PEREIRA DE MORAIS** Data de Nascimento: **20/10/1982**  
Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9889524/88P/PE (RG), 04496951401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 897025708**

Endereço Residencial: **RUA ANTONIO BENTO DA SILVA, 256 - CEP: 5 - Bairro: SÃO SEBASTIAO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAIS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **FRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM8011** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **SC2KC1671CR816027**  
Descrição: **MOTO HONDA 150 ANO 2012 EM NOME DE JOSEILDO SILVA DE MORAIS**

## Complemento / Observação

COLIDIU COM UM VEÍCULO MODELO CORSA SEDAN COR PRETA, O QUAL ESTAVA PARADO NA CONTRA MÃO DA VIA, SEGUNDO A VÍTIMA O MOTORISTA DO VEÍCULO SAIU SENTIDO A OUTRA FAIXA, E NÃO DEU TEMPO LIVRAR O MESMO, A VÍTIMA RELATA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI ANDAR PARA A UPA 24H ONDE DEU ENTRADA POR ACIDENTE DE MOTO CONFORME DECLARAÇÃO DAQUELA UNIDADE, DATADA DO DIA 15/01/2018, CARIMBADA E ASSINADA POR THYAGO BELO PEDROSA.

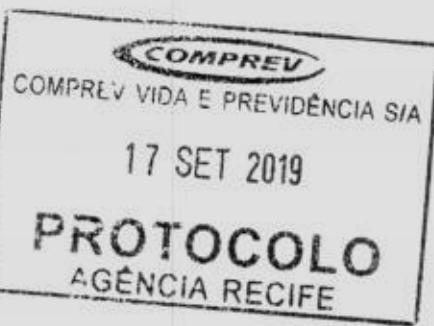
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOSÉ EDINALDO SILVA DE MORAES  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ LEONARDO GONÇALVES DE SOUSA Matrícula: 328341-7

DELEGACIA DE JUSTICA DE SURUSSU

119<sup>º</sup> CIRCUNSCRICAO



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu **REPRESENTANTE LEGAL\*** (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **Jose Edinaldo Silva de Moraes** CPF da Vítima **044969514-01** Data do Acidente **02/01/18**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal <b>Jose Edinaldo Silva de Moraes</b>	CPF do Representante legal <b>044969514-01</b>
Email <b>9702-5708</b>	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Surubim, 01 de fevereiro de 2018**  
Local e Data

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETO/IA  
DE SEGUROS LTDA

**Jose Edinaldo Silva de Moraes**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

**16 MAR 2018**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

044.969.514-01 José Edinaldo Silva de Moraes

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

5 - Nome completo:

José Edinaldo Silva de Moraes 044.969.514-01

7 - Profissão:

Recluam-se

8 - Endereço:

Rua Antonia Bento Silva 256

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Surubim

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55750-000  
(81) 3.9258-3087

15 - E-mail:

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,0021 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)AGÊNCIA: CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: SantanderAGÊNCIA: CONTA: 

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente

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 teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar

 Vivos

30 - Vítima deixou

 nascituro (váinascer) Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

 Vivos

33 - Vítima deixou

 pais/avós vivos? Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o rogo

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

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

COMPREV

PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data: Surubim 30/09/1941 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) José Edinaldo Silva de Moraes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)