

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180296103**

Vitima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180296103**

Vitima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180296103**
Vitima: **MARCOS SEBASTIAO DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE AILTON DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180296103**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13587189



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AILTON DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

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 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 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

045.492.094-61

Nome completo da vítima

Marcelo Sebastião da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|---------------------------------------------|------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| Nome completo Marcelo Sebastião da Silva | | CPF titular da conta 045.492.094-61 | Profissão Recursos-se |
| Endereço R. Bananeira do Sul | | Número 398 | Complemento |
| Bairro Sítio do Norte | Cidade Bonito | Estado PE | CEP 55680-000 |
| E-mail | | Telefone (DDD) (81) 9.9668-4814 | |

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

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

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

☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

6989

DIV

2

CONTA

3351

DIV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

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.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Bonito, 04 de julho de 2017

Local e data

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Roupança



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
BRASIL

República Federativa do Brasil

OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR

Dimas de Albuquerque César Júnior

Tab. Púb. Interino e Of. Interino do Reg. Geral de Imóveis

Marianne Ferreira Guardião de Albuquerque César

Escrevente Substituta

Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, Bonito-PE

e-mail: oficiounicodimascesar@hotmail.com - Fone: (81) 3737-1233

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 802 BL C
656 Vitoria - CEP 50.040-000
RECIFE-PE

Livro : 150-E

Folha : 021

Traslado 1

Prot. : 8772

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO que faz: **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA** protocolada sob o nº 8772 na forma a seguir declarada.

SAIBAM - quantos esta Pública Escritura de Declaração de União Estável, subscrita pelo Notário, virem que 13 de agosto de 2018, neste Serviço Notarial - Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Pautila Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, compareceu como outorgante Declarante o Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, analfabeto, nascido em 26 de dezembro de 1972, filho de Francisco Pedro da Silva e Madalena Maria Conceição, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **045.492.094-61**, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, 398-A, Sítio Bananeira do Sul/Estreito do Norte - Bonito/PE- CEP 55680-000, reconhecido pelo próprio de mim Tabelião Interino, mediante a apresentação de documentos públicos de identificação; do que dou fé. E, pelo Declarante, falando sob as penas Lei para fazer prova perante órgãos públicos e/ou privados, em especial perante o Seguro DPVAT, me foi declarado que é residente do Sítio Bananeira do Sul, neste município do Bonito/PE CEP 55680-000 e não possui o laudo de Instituto Médico Legal - IML, pois não existe o mesmo em seu município, declarando ainda, possuir conta no Banco Bradesco - agência 6989- 2 conta corrente de nº 0003351-0. Declara esta ciente de que caso esta declaração não traduza a expressão da verdade terá de ressarcir a Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder criminalmente, por infração do art. 299, do Código Penal Brasileiro. Assina a rogo do Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, em virtude do mesmo ser analfabeto, o Sr. **JOSÉ AILTON DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **882.665.404-20**, residente e domiciliado na Rua Hercílio Vila Nova, 34-B, Centro - Bonito/PE CEP 55680-000. Assim justas, contratadas e convencionadas, me pediram que lhes lavrasse o presente instrumento, o qual depois de lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Emolumentos - R\$ R\$ 164,16, F.E.R.C. - R\$ R\$ 16,42 e a T.S.N.R. - R\$ R\$ 32,83 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, **MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA**, Funcionária Credenciada, o digitei e assino; dou fé. (a.a.) **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, (A Rogo) **JOSÉ AILTON DA SILVA** SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade. **DIMAS DE A. CESAR JÚNIOR, TAB. PÚBL. E OF. REG. INTERINO**. Está conforme o original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o Selo de Autenticidade e Fiscalização. Selo nº 0075077 AOX07201801.01333.

SUBSCREVO E ASSINO.

Em testemunho _____ da verdade.



DIMAS DE A. CÉSAR JÚNIOR
TAB. PÚB. E OF. REG. INTERINO



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 SET 2019

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

AAC 0152011



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO - DP92ªCIRC
DINTER/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **16E0182000909**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/11/2016 às 11:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2016 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, PE 103, PROXIMO AO SÍTIO BANANEIRA DO SUL - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE AILTON DA SILVA (AUTOR/AGENTE)
MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (VITIMA)



Polícia Civil de Pernambuco
Diretoria de Polícia Judiciária

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA

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

JOSE AILTON DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Data de Nascimento: 8/8/1972 Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 2651897/SSP/PE (RG) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª, **GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: 081986233213

Endereço Residencial: **RUA TABELIAO HERCILIO VILA NOVA, 24, PROXIMO AO CEARENSE RESTAURANTE - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: **FRANCISCO PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: 05/12/1961-41 Naturalidade: **BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4236851/SSP/PE (RG) 4454222491 (CPF) Estado Civil: **ANASIAO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: 081987711914

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BONITO, 1, SÍTIO BANANEIRA DO SUL, PROXIMO A MARIVALDO. - CEP: 55269-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA, que estava em posse do(s) Sr(s): JOSE AILTON DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYR8857** (PERNAMBUCO/BONITO) Renavam: **1013012182** Chassi: **9C2KD0550ER111800**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

INFORMAM QUE ESTAVAM TRAFEGANDO COM A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO EM DETERMINADO MOMENTO A VITIMA TENTOU PEGAR UM PERTENCE QUE HAVIA CAÍDO E SE DESEQUILIBROU DA MOTO, QUE EM DECORRÊNCIA DISTO A VITIMA VEIO A CAIR E SOFREU ALGUNS FERIMENTOS, QUE NA OCASIÃO FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE, DIANTE DOS FATOS COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR O OCORRIDO.

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


JOSE AILTON DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCELIANO DOS SANTOS ALBUQUERQUE** - Matrícula: **315719-8**



Polícia Civil de Pernambuco
Diretoria de Polícia Judiciária

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

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

INFORMAÇÕES 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

Marcos Sebastião da Silva

CPF da Vítima

045.492.094-61

Data do Acidente

22/08/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Marcos Sebastião da Silva

CPF do Representante legal

045.492.094-61

E-mail

Telefone (DDD)

(11) 29633-3213

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 do 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.

Bento, 04 de julho de 2016

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2016

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|
|  | Nome Paciente: | MARCOS SEBASTIO DA SILVA |
| | Cód. Paciente: | |
| | Data de Nascimento: | 26/12/1972 |
| | Sexo: | Masculino |
| | Idade: | 43 |
| | Senha: | U0049 |
| Convênio: | - | |
| Atendimento: | | |

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:  LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

Rua da Aurora, 275, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO RECIFE-PE
Data: 22/08/2016 18:20

2a Via de Fatura

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085943-03



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA ROSEANE DA SILVA
CPF: 099.451.764-55 NIB: 20464683785

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI BANANEIRA DO SUL 398 -A
SÍTIO BANANEIRA DO SUL/ESTREITO DO NORTE
55680-900 BONITO PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
11/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/05/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO
04/05/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL
015037042

CONTA CONTRATO
007011734299

Nº DO CLIENTE
2012295981

Nº DA INSTALAÇÃO
0005641878

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

9A45.0CB3.770F.4B91.5942.7069.AD11.D8DB

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00 | 0,17756810 | 5,33 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70,00 | 0,30508810 | 21,35 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 14,00 | 0,45763225 | 6,40 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,97 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 5,52 |
| Multa por atraso-NF 007580145 - 02/03/18 | | | 0,44 |
| Multa por atraso-NF 011250344 - 03/04/18 | | | 0,62 |
| Juros por atraso-NF 007580145 - 02/03/18 | | | 0,37 |
| Juros por atraso-NF 011250344 - 03/04/18 | | | 0,23 |
| Atualização IGPM-NF 007580145 - 02/03/18 | | | 0,22 |
| Atualização IGPM-NF 011250344 - 03/04/18 | | | 0,12 |
| Compensação DIC Mensal 03/18 | | | 0,03 |
| TOTAL DA FATURA | | | 40,64 |

Comunicamos o não pagamento de(s) conta(s) de energia elétrica(s):

| Vencido | De Receb | Valor |
|----------|----------|-------|
| 13/05/17 | 06/07/17 | 22,35 |

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com exceção de natureza, não substitui o envio de débitos anteriores bem como não altera débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

| | |
|------------------------------------------|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,17756810 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,30508810 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,45763225 |

HISTÓRICO DO CONSUMO

| | MAI 18 | ABR 18 | MAR 18 | FEV 18 | JAN 18 | DEZ 17 | NOV 17 | OUT 17 | SET 17 | AGO 17 | JUL 17 | JUN 17 | MAI 17 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| kWh | 114 | 114 | 87 | 84 | 87 | 89 | 84 | 88 | 75 | 100 | 83 | 87 | 83 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| | | |
|---------------------|--------------|--------------|
| Gerção de Energia | 15,87 | 38,82 |
| Transmissão | 1,08 | 2,65 |
| Distribuição (Cabo) | 10,58 | 21,85 |
| Energia Solar | 2,14 | 5,47 |
| Tributos | 0,11 | 0,27 |
| TOTAL | 31,78 | 69,06 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | | PIS | | COFINS | |
|-----------------|------|------------------|-----------------|--------|------------------|
| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00 | 0,00 | 33,15 | 1,12 | 0,37 | 33,15 |
| | | | | 5,32 | 1,76 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NÚMERO DO MEDIDOR | TÍPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|-------------|
| 88000002121006883 | CAT | 03/04/2018 4.629,00 | 04/05/2018 4.734,00 | 31 | 1,00000 | 0,00 | 114,00 |

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/06/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | MÉDIA MENSAL | MÉDIA TRIM | MÉDIA ANUAL |
|---------------------------------------------|----------|---------------|--------------|------------|--------------------|
| DIC-Nº de horas sem Energia | BONITO | 11,57 | 11,49 | 22,90 | 45,89 |
| FIC-Nº de vezes sem Energia | | 5,92 | 7,57 | 15,34 | 38,88 |
| DIMC-Duração máxima de interrupção contínua | | 3,57 | 6,29 | 5,00 | 9,00 |
| DICR-Duração de interrupção em dia crítico | | | | | Limite DICR: 16,00 |
| EUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 15,83 | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,50% para Alta Tensão-REH 2.388/18.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Isenção do ICMS conforme art. 8, XLVIII, e, 2.2.2, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 26,48.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL(V) | TENSÃO DE VARIAÇÃO(V) |
|-------------------|-----------------------|
| 220 | 202 |
| | 231 |

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AGU

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|
| 007011734299 | 05/2018 | 0,00 | 11/05/2018 |

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Boa Vista - CEP: 51.000-010
TALÃO DE PAGAMENTO

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

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/DOCORIGINALASPTTIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu José Ailton da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 882.665.404/20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Sebastião da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.492.094/61 do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Marcos Sebastião da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.492.094/61 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

| | | | |
|-------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Endereço <u>Rua Hercílio Vila Nova</u> | | Número <u>34</u> | Complemento |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>Bonito</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55680-000</u> |
| Telefone comercial (DDD) | | Telefone celular (DDD) | |
| | | <u>(81) 9.9633-3213</u> | |

Bonito 04 de junho de 2018
Local e Data

José Ailton da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2018

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

RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jose Ailton da Silva
 portador do RG: 3951899, data de expedição 07/08/2014
 órgão expedidor SSP / PE, CPF: 882.665.404.29
 com domicílio na cidade de Bonito, no estado de PE
 onde resido na Travessa Tabelaia Hercilio Vilela Nova
 número 34, complemento _____

DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, marcos Sebastião da Silva
 cujo condutor era Jose Ailton da Silva
 VEÍCULO: motocicleta
 ANO: 2014
 MODELO: Honda / NXR 150 PROSES
 PLACAS: OYR 8639
 CHASSI: 9C2KD0550ER111900
 DATA DO ~~ACIDENTE~~ 08/05/2017

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Bonito de maio de 2017 c.
 Local e Data

Rua da Aurora, nº 200, 1º andar, C.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Jose Ailton da Silva
 Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Jose Ailton da Silva
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

OFÍCIO ÚNICO DO BONITO

OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR - *Dimas de Albuquerque César Júnior* - TABELÃO INTERINO
 R. Paulo Araújo, nº 48, Centro, CEP: 50040-000, Recife-PE, Tel.: (011) 3333-1111, e-mail: oficio@dimascesar.com.br, fone/fax: (011) 3333-1111
 Reconheço por Autenticidade a firma de JOSE AILTON DA SILVA
 em 08/05/2017, em Recife - PE, em nome da verdade. Cart. do
 Ofício Único de Bonito/PE, DIMAS DE A. CÉSAR
 JUIZ - TAB. P.B. E OF. RES. INTERINO. Empl. 24
 3.471, 1.000,78, FISC. 1.400,37 Total R\$4,66
 Selo: 0075077-CTM03201701-04574/enc. Aut. em



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Marcos Sebastião

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/08/16

SRPA - Quileno

Paciente extubado, mantendo-se estável
em ar ambiente - sem intercorrências
Ed. Alto do SRPA.

CRN 19239

05.802.494/0001-A1
TRAÇÃO CONCRETORA
DE SEGURANÇA LTDA

27 JUN 2016

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

COD.

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/08/2016 18:20

Nome Paciente: MARCOS SEBASTIO DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 26/12/1972
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: U0049
Convênio:
Atendimento:

22/08/2016 18:20 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO APÓS INGERIR BEBIDA ALCOOLICA HA CERCA DE 06H, APRESENTANDO RNC, LESÃO EM REGIÃO CRANIANA+ LESÃO EM MSD E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NÃO CONTACTUA.

Observação: SENHA: 4986764

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA DE PULSO: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- GLICEMIA: 106.00 MG/DL
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO
Data: 22/08/2016 18:20



Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro Atendimento Médico : 41.256 Data: 22/08/2016 Hora: 13:51:24
Localidade de Origem : Profissional ACS :
Nome do Paciente : MARCOS SEBASTIAO DA SILVA Genitor : MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO
Data Nascimento : 26/12/1972 Idade : Idade : 43 anos 07 meses 27 dias Sexo Feminino : ☐ Sexo Masculino : ☐ Cor: M
Endereço : SÍTIO PEDRA REDONDA Nº :
Tipo de Referência :
Nome do Acompanhante : JOSE GUTENBERGUE DE LIMA NUNES Tipo de Acompanhante : Outros
Motivo de Ocorrência :
Tipo de Ocorrência : Acidente de Trânsito

Como Chegou : Ambulância

Pressão : Temperatura : HGT:

Síntese Principal : *ML com 11 cm 0* *Exame físico*

Exame Físico : *Resposta estímulos*
UE normal e de 06/21

Síntese Diagnóstico : *TCC 2* CID :

Exames Solicitados :

Tratamento Proposto :

565.100 + 40412
21986764

JK

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.
27 JUN 2019
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126
Médico Responsável: Dr. Jackson

Destino do Paciente : -1

Recepção : Mariete

Data Atendimento Consultório : 22/08/2016 Hora Atendimento Consultório : 13:50 Hospital Dr. Alberto de Oliveira



Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Idade do Paciente: 41.256 Data: 22/08/2016 Hora: 13:51:24
Profissional ACS: :
Genitor: MADALENA MARIA DA CONCEIÇÃO
Sexo Feminino: ☐ Sexo Masculino: ☐ Cor: M
Nº: :
Ponto Referência: :
Tipo de Acompanhante: Outros
Local de Ocorrência: :
Data de Ocorrência: :
Mecanismo de Ocorrência: :
Transporte Chegou: : Ambulância

Peso: : Temperatura: : HGT: :

Exame Principal: *MC 100/110/70 Tg pa 100/60*
Resposta Estímulo
UE 110/60 e 120/80
Exame Físico: :

Síntese Diagnóstica: *TCC?* CID: :

Exames Solicitados: :

Tratamento Proposto:

56500 + 40000
21986764

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126

Médico Responsável:

Dr. Jackson

Destino do Paciente: : -1

Recepcionista: Mariete

Data de Atendimento Consultório: 22/08/2016

Hora Atendimento Consultório: 13:50

Hospital Dr. Alberto de Oliveira



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI
Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899 Same.....:
Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () - Nasc.....: 26/12/1972
Endereço.....: SITIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55680000
Cidade.....: BONITO

Agendado por: GILBERTOMSJ

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**PERNAMBUCO**

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

...neces sebastião do silvo

50 PA / 15

1555799

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23102146

SRPA - KULUWUW

$(\vec{0}, 43\alpha, 102.4)$

#ID: 1) Politrauma p/ ac. motorcycle
2) 10 DPO de dano de HEDN

4. em uso de

Seed: 10 ml / 10

DVA ①

ATB: cefozolină profilactică

Paciente sedado, sob VMA, TOR no 2,0, cuff inflado, modo PCV, bem adaptado ao respirador. Estável hemodinamicamente, sem uso de SVV.

* Cd.: 1) Melhor redação, vigiar nível de consciência.

2) ΔG \downarrow \rightarrow ΔG°

23/08/16

SRPA Fund^M

Mo. Clara. Penedes
1849. 239

19.239

8h post TGG test barrel, keep 6
PL 40, pup 20 FR 16, F102 40%, FC 63 bpm
SPO2 100%, pA 142/77 mm Hg can
dreno citrinos can dryer venitas
dnp m5b, can dispendio Uvina
delgado. Sedação, acaloria após
seguir in alentejo ex-UT



Prefeitura Municipal de Bonito

SECRETARIA DE SAÚDE / SUS / HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA

LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Nome do paciente: <i>Marcos Lebrão</i> | |
| Quadro clínico: <i>Paciente alcoolizado, quepti dojo em Baix Velocidade, responde estímulos verbais e Dolores e Esforço; Pa: 12/8 (3 Vidas)</i> | |
| Diagnóstico: <i>TLE</i> | |
| Auxiliar responsável: | COREN: |

1ª. REMOÇÃO

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Destino: | Município: <i>Recife</i> | Hora da saída: |
| | | Hora da chegada: |
| Motivo: (Registrado e detalhado) <i>Quarta de neurocirurgia</i> | | |
| Médico assistente: (Assinatura e carimbo) <i>Jackson Lago Lima</i> | Nº. CRM: <i>17126</i> | Data: <i>27/08/2016</i> |
| Local: <i>Bonito, PE</i> | | Data: |
| Médico que atendeu: | Nº. CRM: | Hora: |

2ª. REMOÇÃO

| | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| Destino: | Município: | Hora da saída: |
| | | Hora da chegada: |
| Motivo: (Registrado e detalhado) <i>- Sessão 4986764 - HR</i> | | |
| Médico assistente: (Assinatura e carimbo) | Nº. CRM: | Data: |
| Local: | | Data: |
| Médico que atendeu: | Nº. CRM: | Hora: |
| Unidade prestadora do atendimento: | Município: | |
| Especificação do atendimento prestado: | | |

Dr. Jackson Lago e Lima
Médico
CRM 12126

FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA | PRONTUARIO: 1555899 | ATENDIMENTO: 00689639 |
| DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972 | FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 Às | |
| | DATA DA ALTA: 29/08/2016 ÀS 18:00 | |

*** Diagnóstico Provável:**

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S06

Tratamento Realizado:

DRENAGEM DE HÉDA
CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPOUSO DOMICILIAR POR 30 DIAS
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE MOTO

Encaminhado para:

1. AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA 10 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SABONETE NEUTRO E APLICAR ALCOL 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA



Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº.19617

Recife, 29, AGOSTO, 2016

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas,
Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a Recomendação N° 04-2002 do
Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

Caúdo

Marcos Sebastião da
Silva

Reg 845114

Relato de TCE com HEDA
e contusões cerebrais
em 22/8/16

sendo operado por. dr.

regem cirurgia

Exluindo com BTAus

sem defeitos, langes
vivas

relatado Tomografia cran
iole e parecer OK.

CID 506

decreto 7/10/16

Giovanni Grassi
Neurocirurgia
CRMPE 11089

[Signature]

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27/11/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 25-08-2016 19:24

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L5

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/08/2016

Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTAVEL
ASSINTOMÁTICO

AO EXAME:

CG: CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

C/P: DRENO CEFÁLICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPÂNICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMÉTRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/10/2016 13:00Hr

Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO

Médico.....: 136 - GIOVANNI GRASSI

Agenda.....: 29600

Informações do Paciente

Paciente.....: 1555899

Nome.....: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Sexo.....: MASCULIN

Fone.....: Residencial: (81) - 997711914 / Celular: () -

Endereço.....: SÍTIO PEDRA REDONDA, 1 - ZONA RURAL - BONITO - PE - Cep: 55680000

Cidade.....: BONITO

Agendado por: GILBERTOMSIJ

Same, 05-802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nasc.....: 26/12/1972

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Pernambuco

NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

FRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 28-08-2016 12:33

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 28/08/2016

Horas:

*NOTA DE EVOLUÇÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS. FE PRESENTES

AO EXAME:

SGS, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ADD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPÂNICO

EXT: SEM SINAIS DE TVP

NEURO: ECG: 15; PUR: ISOFITO, MOE-, FACIAL SIMETRICO; FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA

*1002 29/08/16

40 013 802094/0001-41
FRACAO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

Rua do Acorde, 1175, 5002 BL
Vista, 50050-010

RECIFE-PE

Amintomato

co Vato

Dr. Diego Lacerda
CRM-19617



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

FICHA DE ANESTESIA

Data

22/07/16

Paciente

WILSON SERRAVALLO FILHO

Sexo

M

Cor

P

Idade

43

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Medicação Pré-anestésica

16-689517

Cirurgia

Craniotomia e drenagem do Hematoma extradural

Horário

19:10

20:10

21:10

Q

Nº

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Manoel Sebastião da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

22/08/16

NOTA OPERATÓRIA

Paciente submetido a craniotomia para drenagem de HEDR F-T-P esquerda. Tumor grande, é SO, apresentando discreta má-forma extensa.

CD: ② A SRPA

① Cuidados neurointensiva

Dr. Antônio Ximenes
Neurocirurgia
CRM-PE: 21945

22/08/16 Paciente admitido em ROI de craniotomia p/ tumor (21.5x12) com HEDR. Tumor intracranial, em localização profunda, com extensão de FD q invade hemisfério q se relaciona ao tronco e meninges. Com sinais de compressão de FD e HEDR. Tumor sólido, com margens bem definidas. Análise citológica: PA = 14x6x4mm. Análise histológica: PA = 14x6x4mm.

Vânia Braz
Enfermeira
CRM-PE: 10483

22/08/16

SRPA

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pls Jurgem de HED

27 JUN 77

Pls Jurgem, evoluindo em ROI, estável hemodinamicamente.

TA = 130 x 10

AR: ML + RM

Cd @ Side

@ VII

Silene
12518

COD



1ª Via Branca - Formosa
2ª Via Amarela - Hospital
3ª Via Vermelha - Hospital

No 00411

RELATÓRIO DE MATERIAL UTILIZADO

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

| | |
|-------------------------------------|----------------------|
| HOSPITAL: Da Restauração | CONVÊNIO: SUS |
| PACIENTE: Marcos Sebastião da Silva | |
| CIRURGIÃO: Abraão Ximenes | PRONTUÁRIO Nº 687517 |
| DATA DA CIRURGIA: 24/03/2016 | CARTEIRA Nº |

[illegible]

| | | |
|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| VISTO E GABARITO DO CIRURGIÃO: | REPRESENTANTE RESPONSÁVEL: | 27 JUN 2009 |
| | | Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C |
| | | Boa Vista - CEP: 50.060-010 |
| | Ass: | DEPT. P.C. |
| | Contato / Atestado de uso | Data: / / |

| | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| D: Exame Neurológico | Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular | Glasgow: Resposta Verbal | Glasgow: Resposta Motora |
| Escore: _____ Hora: _____ | Escore: _____ Hora: _____ | Escore: _____ Hora: _____ |

Glasgow: 1 + 2 + 4 = 7

E: Exposição/Abdômen:

plano, depressivo, sem VNG

Escondição em MID,

Pupilas anisocóricas (E > D). Não reagentes.

Diagnóstico Inicial: ① TCE

Conduta:

- ① Solicito TAC crânio s/ contraste + rel.
- ② Realizo IOT

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 19617

Cod. Procedimento

Ass. Médico

Ass. Enfermagem

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ 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, clínicos 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 nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

No. da identidade:

Assinatura:

Data e Hora Impressão: 22-Aug-16

05.802.1997
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2016
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

22/08/16
18 JCh

HO. CHEDA

Paciente gravemente
TC de uso: HEDF volumoso
co ① Indica 50 ② CS + DL

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM: 19617

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: WILSON SERRAVALLE DA SILVA REGISTRO: 155899/640517
 IDADE: 43 SEXO: M() F() SETOR DE PROCEDENCIA: PRF. GENI

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: NEVES ANESTESISTA: NEVES
 1º AUXILIAR: — 2º AUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —
 ENFERMEIRA: SINIE CIRCULANTE: —

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: PRF. GENI - H. SERRAVALLE INICIO: 19:40 TÉRMINO: 21:20
 TIPO DE ANESTESIA: Geni INICIO: 19:45 TÉRMINO: 21:25

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM() REGULAR() GRAVE() NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE() ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA() ENTUBADO() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: — PULSO: — PA: —
 PELE: ÍNTEGRA() LESIONADA() DIURÊSE: ESPONTÂNEA() SONDAS() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: — PERTENCES: —
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP() TRICOTOMIA() MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM() NÃO() PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() DORSAL() VENTRAL() GINECOLÓGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO() LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: MTA
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: — FINAL: — CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FIM: —
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO() QUAL: — HORA: — PREENCHEU COTA: SIM() NÃO()
 GARROTEAMENTO: SIM() NÃO() TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: — CONFERIDO POR: — HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR() OXÍMETRO() CAPNÓGRAFO() PNI() ASPIRADOR MONTADO() MANTA TÉRMICA() AP.VÍDEO() TORPEDO DE NITROGÊNIO() TORPEDO DE CO2() BISTURI ELÉTRICO() MICROSCÓPIO() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSÔNICO()
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM() NÃO()
 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO() NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
 CULTURA: SIM() NÃO() EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO() GASOMETRIA: SIM() NÃO() RX: SIM() NÃO()

FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA | PRONTUÁRIO: 1555899 | ATENDIMENTO: 00689639 |
| DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1972 | FOI ATENDIDO EM: 22/08/2016 Às | |
| | DATA DA ALTA: 29/08/2016 Às 18:06 | |

Diagnóstico Provável:

1. HEMATOMA EXTRADURAL
2. CONTUSÃO CEREBRAL

CID-10: S06

Tratamento Realizado:

- 1. DRENAGEM DE HEDA
- 2. CONTUSÃO - TRATAMENTO CONSERVADOR

Observação:

REPOUSO DOMICILIAR POR 30 DIAS

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO COM HISTÓRIA DE INGESTA ALCOOLICA + ACIDENTE DE MOTO

Encaminhado para:

1. AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA 30 DIAS APÓS ALTA
2. RETIRAR PONTOS EM 10 DIAS
3. LAVAR FERIMENTO COM SARGNETE NEUTRO E APLICAR ALCIDOL A 70%
4. SEGUIR ORIENTAÇÕES FORNECIDAS NA ALTA

Dr. Dhyego Lacerda
Neurocirurgia
CRM 19617

DHYEGO FERREIRA MOREIRA DE LACERDA - CRM: Nº. 19617

Recife, 29, AGOSTO, 2016

ATENÇÃO:

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



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

IDENTIFICAÇÃO

NOME: MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA

IDADE: 43 ANOS

REGISTRO: 1555899

ADMISSÃO HR: 22/08/16

ADMISSÃO SENEC: 23/08/16

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H. À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO, REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Marcos Sebastião da Silva Nº do Registro: 15558901
Clínica: NCR Nº do leito:
Operador: Dr. Josuino Albino e Dr. Abraão Ximenes

1º Assistente: Dda Maria Augusta 2º Assistente:
Instrumentador: Anestesista: Dr. Manoel
Anestesia: Duração:

Data da Operação: 22/08/16 Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: HEDA F-T-P esq.

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Proposta: Craniotomia para drenagem de HEDA

Operação Realizada: A proposta

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal, cabeça lateralizada para direita
- 2) Tricotomia
- 3) Assepsia - antissepsia
- 4) Incisão tipo Becker - esquerda
- 5) Hemostasia
- 6) Craniotomia F-T-P - esquerda e visualização de grande hematoma extradural
- 7) Drenagem do hematoma e coagulações de coágulo clivado
- 8) Superfície dural com bordas - em finca
- 9) Cranioplastia com placas e parafusos
- 10) Retirada de hemostáticos
- 11) Sutura do músculo temporal
- 12) Sutura da pele por pontos
- 13) Curativo compressivo

Dr. Abraão Ximenes
Neurocirurgião
CRM-PE: 27445



NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

FRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 27-08-2016 10:03

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 27/08/2016

Hora:

*NOTA DE EVOLUÇÃO

HD: PQ DRENAGEM HEDA (22/08)

PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS, FE PRESENTES.

AO EXAME:

TGB: CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRÁTADO, EUPNEICO, AFEBRIL.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPÂNICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP.

NEURO: ECG: 15; PUP ISOFOTO, MCE+, FACIAL SIMETRICO, FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: VIGILANCIA


MARCOS SEBASTIAO DA SILVA
R. 1555899
27/08/2016



NOME: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1555899

SEXO: Masculino

DATA NASC: 26/12/1972

DATA/HORA: 23-08-2016 20:17

ATENDIMENTO: 689639

Leito 502-L6

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 23/08/2016

Hora: 20:09

#NOTA DE ADMISSÃO

HD: PO DRENAGEM HEDA (22/08)

#HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

PACIENTE ADMITIDO COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 6H, À ADMISSÃO, ECG 07, SENDO INTUBADO. REALIZOU TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HEDA VOLUMOSO TPO ESQ. SUBMETIDO A DRENAGEM DO HEMATOMA SEM INTERCORRENCIAS NO PO.

#ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES:
NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

AO EXAME:

EGB, CONSCIENTE, DESORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AFEBRIL.
C/P: DRENO CEFALICO DEBITO SANGUINOLENTO, 150ML.

ACV: RCR2T S/SOPROS

AP: MV AHT, SEM RA

ABD: DEPRESSIVEL, INDOLOR, TIMPANICO.

EXT: SEM SINAIS DE TVP

NEURO: ECG: 14; PUP ISOFOTO, MOE+, FACIAL SIMETRICO. FORÇA, REFLEXOS E SENSIBILIDADE SEM ALTERAÇÕES.

CD: SOLICITO ROTINA LAB + TC DE CRÂNIO
VIGILANCIA NEUROLÓGICA

[Handwritten signature]

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

689517

Data e Hora de Atendimento:
22/08/2016 18:27

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual :

Cod. Paciente: 1555899 Paciente: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

Data de nascimento: 26/12/1972

Idade: 43a 7m 26d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

DOC ID / Data expedição
4230681 / 09-Sep-89

Mãe: MADALENA MARIA DA CONCEICAO

Pai: FRANCISCO PEDRO DA SILVA

Cartão SUS: 898004848800996

Endereço: SITIO PEDRA REDONDA

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: BONITO

Numero 1
Complemento:

UF: REAC Telefone: 997711914

Ocorrências:

do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIA

ocedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta

Caso Social

Encaminhamentos:

Rede de Apoio

GPCA

Cons.Tutelar

Delegacias

Minist. Publico

Outros

Observação: REALIZADO ALOJAMENTO A MARIA ROSEANE DA SILVA (filha)
(87711914)

Assistente Social

Assistente Social
Assistente Social
GRES 25/08/2016

História Clínica:

Paciente vítima de queda de moto, alcoolizado, sofrendo trauma cranio encefalico, evoluindo ef ANC e lesões pelo corpo. Não consciente.

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 pèrvia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.

B. Respiratório

MV rde 24

C. Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

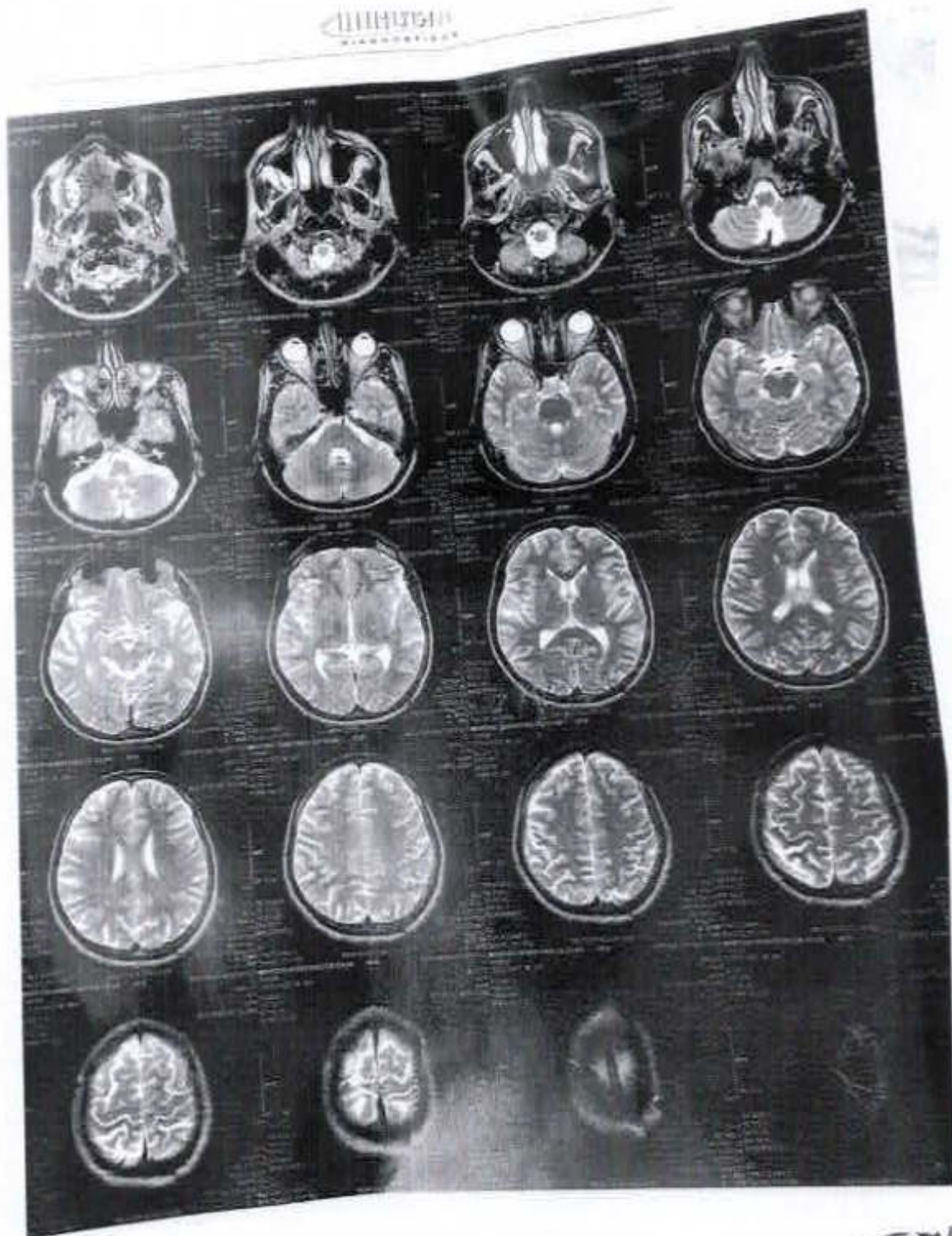
bpm

RCR 2T BNF

FC: 60

bpm

DIAGNOSTIC

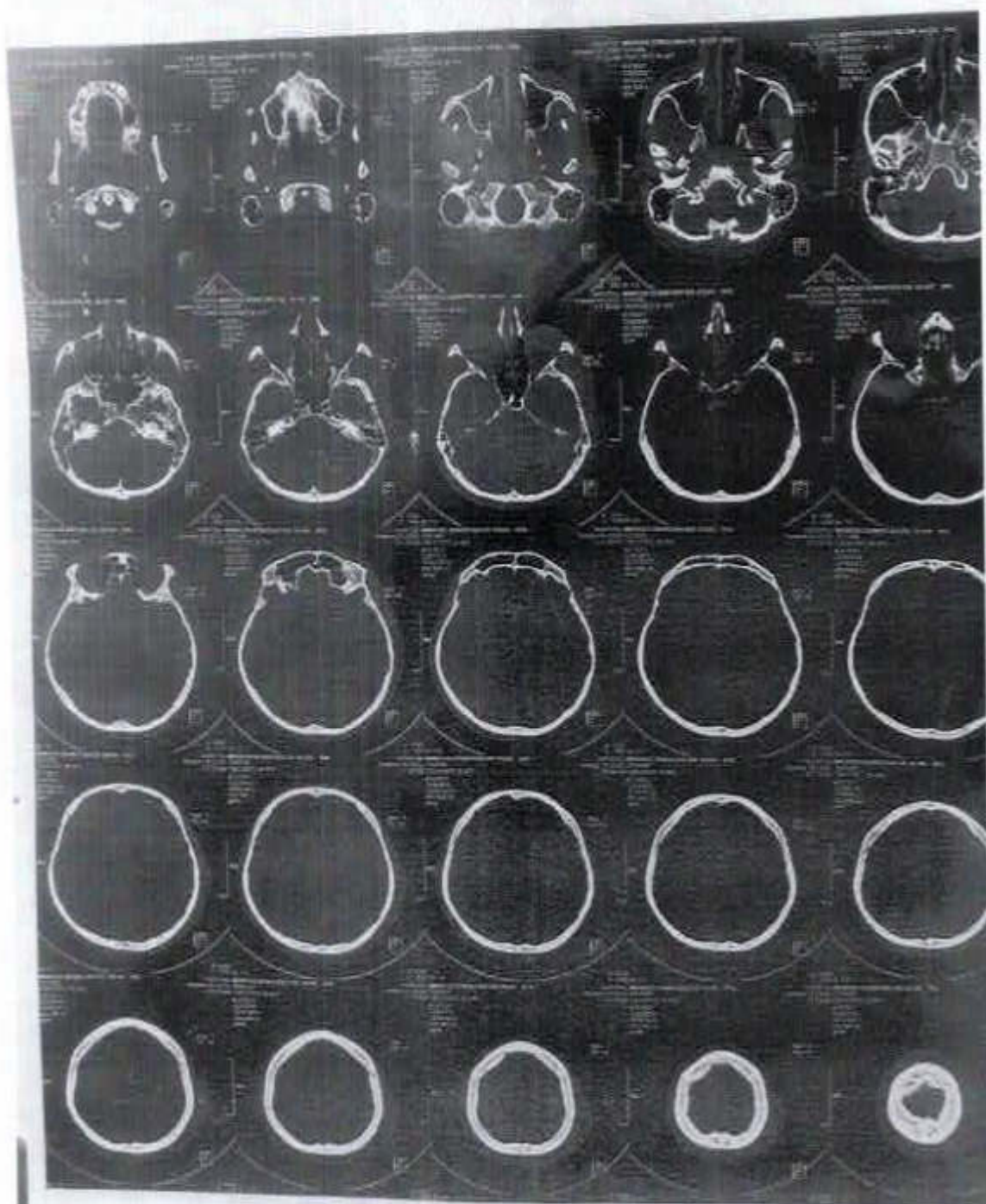


...h. 961 - Maurício de N... - C... - PE

05.802.493/0001-11
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2019

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



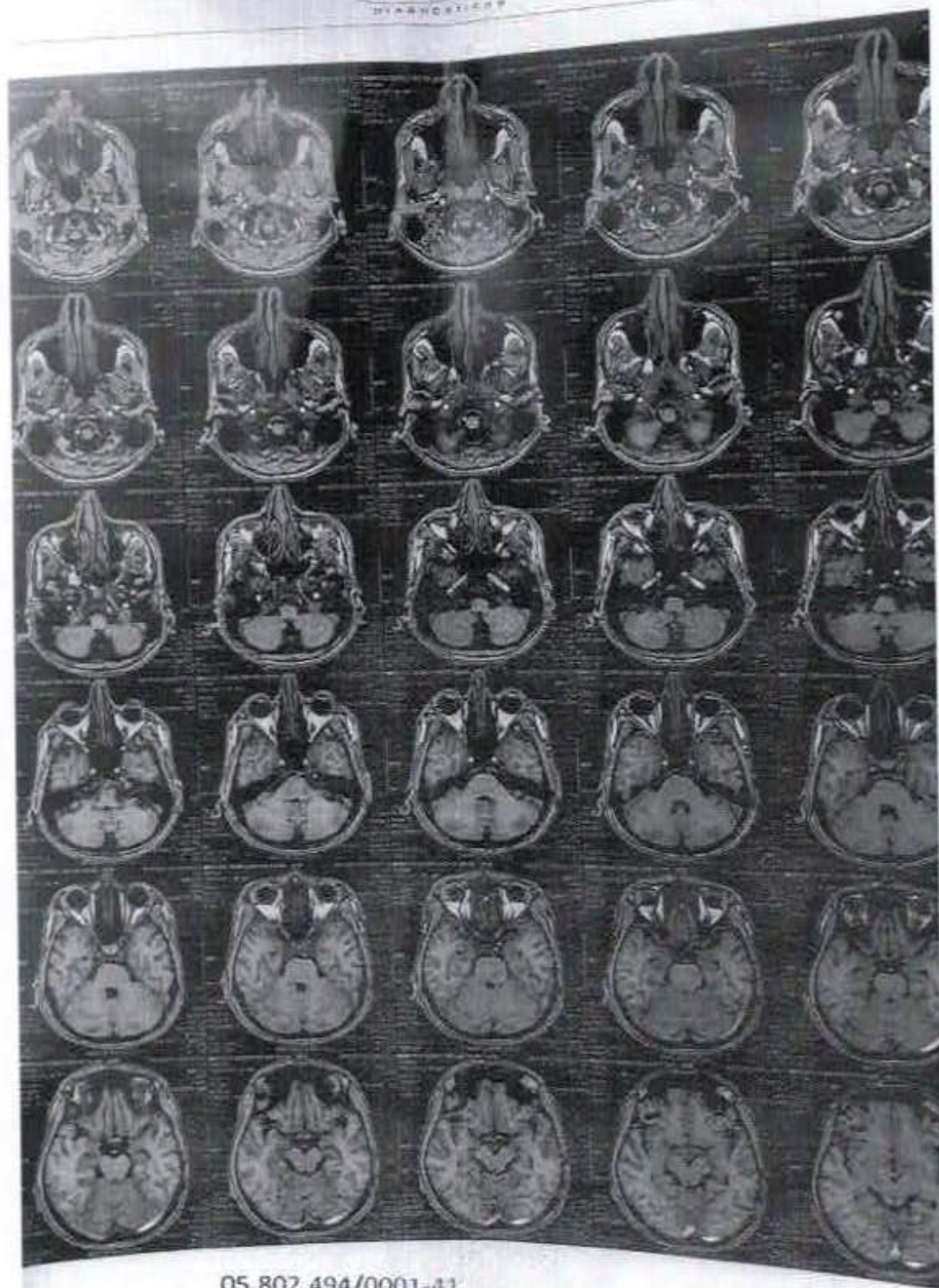
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE 51.040-040, Fone: (081) 3181-4400

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2019

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

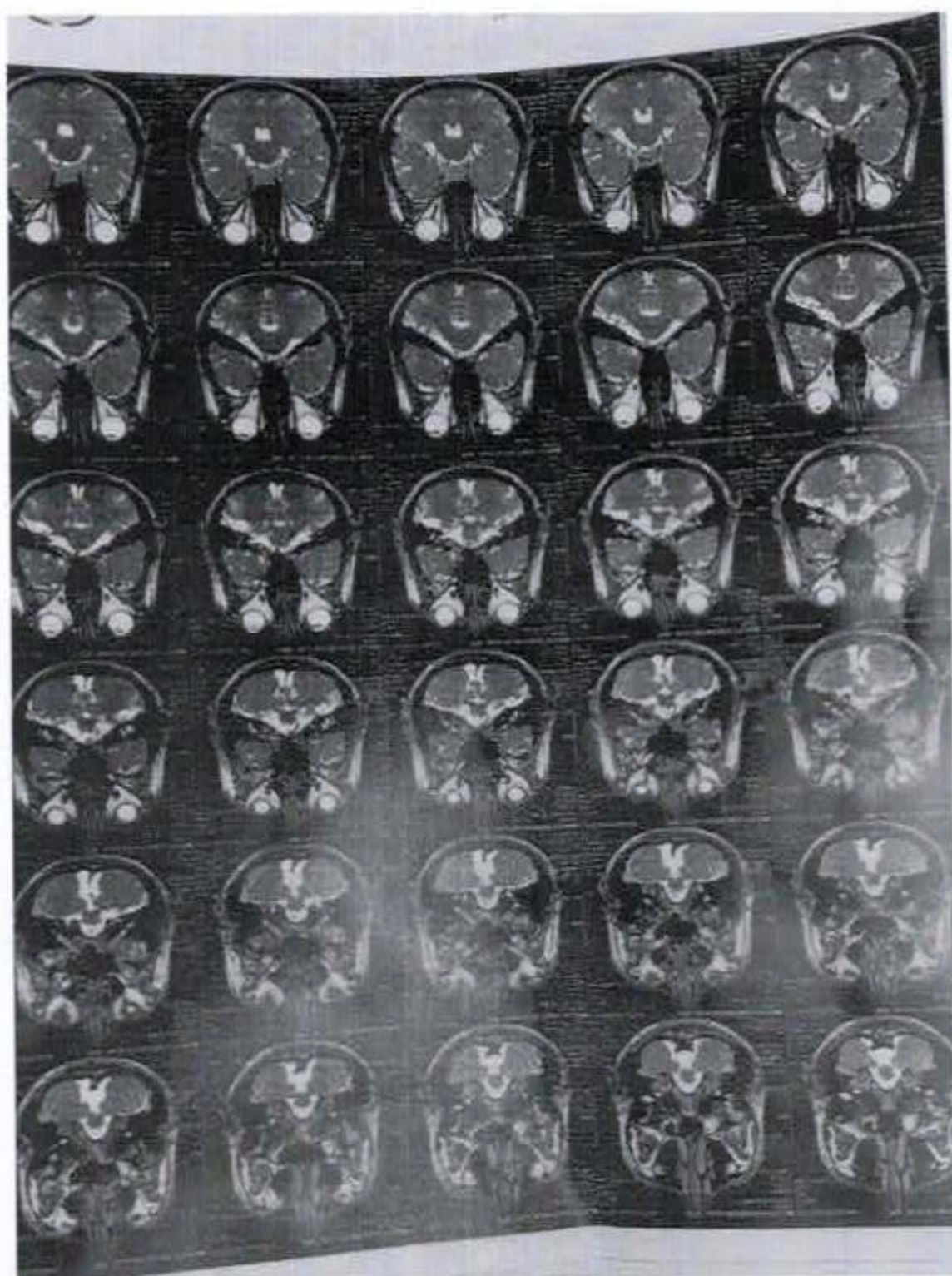


05.802.494/0001-43

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 MMV 2019

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/11/2019

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



Ind. 961 - Maurício de Nassau - Caruaru - PE
 e-mail: institutopernambuco@hotmail.com

05.802.494/0001-41

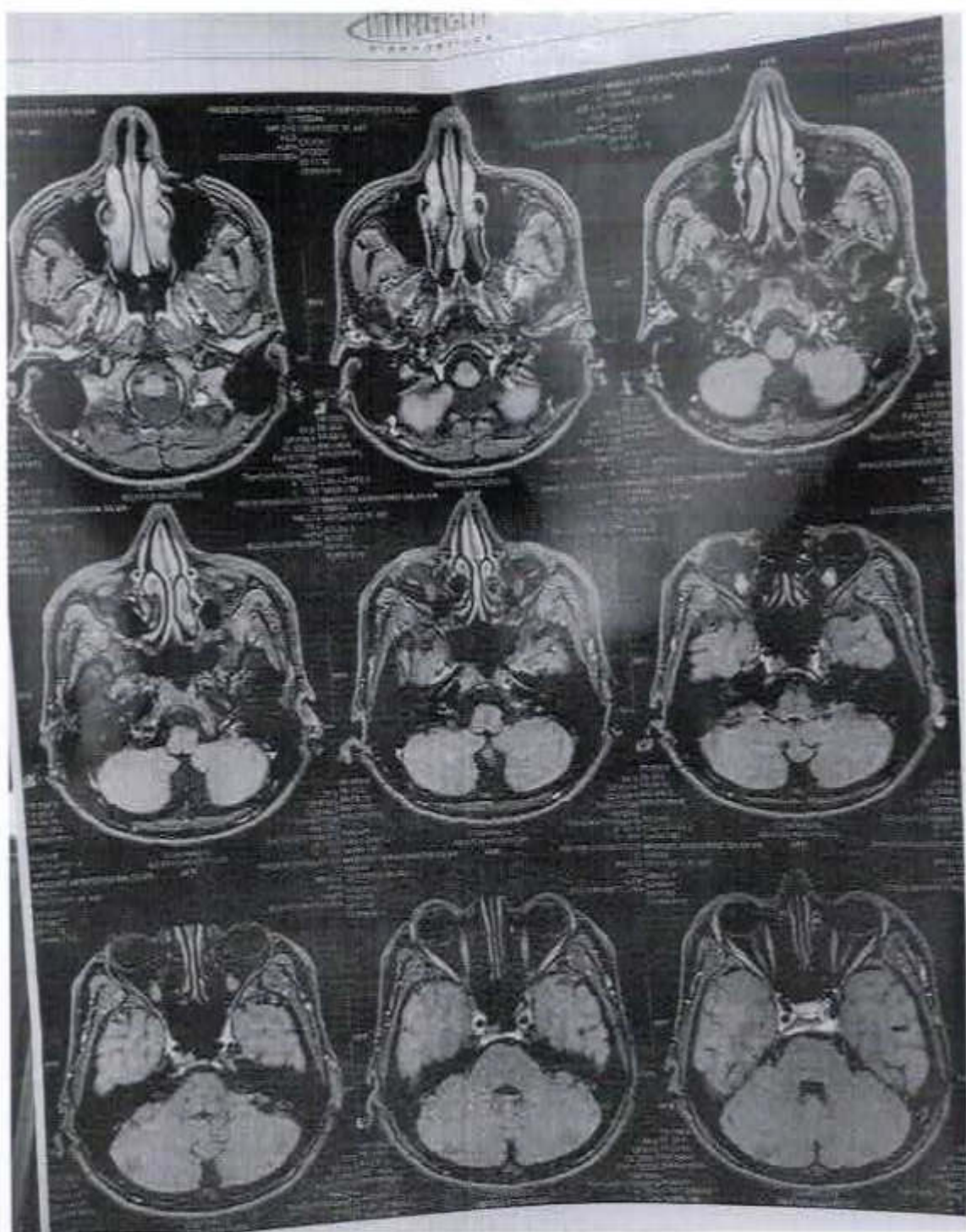
TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 NOV 2019

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



Instituto Pernambuco



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 N° 2019

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



05.802.494/0001-41

TRACÃO CURRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.77

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

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME
JOSE ALVES DA SILVA



DOC. IDENTIFIC. / END. ENVIADO / P

3821897 889 PE

SEX

RES. 642.406-20

DATA NASCIMENTO

02/06/1972

PLACAS

NÃO DECLARADO

MARTA JOSE DA SILVA

PROFISSÃO

ACE

CLASSE

20

CPF

22572423822

DATA

04/02/2019

VALIDADEZ

26/03/2023

ENDEREÇO

Rua da Aliv. Removida

Jose Alves da Silva
Assinatura do Titular

LOCAL

CEARA - PE

DATA EMISSÃO

07/04/2014

Luiz da Silva
Assinatura do Emissor

CPF EMISSOR

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

00000000000

05.802.494/0001-41
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27.11.2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 012301265112
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DOB. RENAVAM ANEXO EXERCÍCIO
1 1012816102 2018

JOSE AILTON DA SILVA

SOMITO-PE

CPF / CNPJ
002.055.404-20

PLACA
OYR8627

PLACA ANT. UN. CHASSI
***** / 9C2KD0580ER111900

ESPÉCIE / COMBUSTÍVEL
MOTOCICLETA / ALCOOL/GASOL

MARKA / MODELO ANOS
HONDA / XR150 2014 2014

CAP. POT. CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
22/149CL PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª
IPVA 2016 QUILAS 1ª 2ª 3ª
FINCA IPVA 1 2 3

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) IOT (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO RO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
ADM. FID. AUM. CONS. NAC. HONDA LTDA
O VALIDO PARA TRANSPARÊNCIA

Assinatura: [Assinatura] DATA 19/04/16

Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 012301265112 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE AILTON DA SILVA
TV TAB HERCILIO VILA NOVA 24 55880-0
CENTRO SOMITO-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 19/04/16

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 002.055.404-20 OYR8627

RENAVAM - MARKA / MODELO
1012816102 HONDA / XR150 2014

ANQ. FAS. Q1. INT. Nº CHASSI
2014 09 9C2KD0580ER111900

PRÊMIO TARIFÁRIO

TRE (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOT (R\$) BILHETE (R\$) CUSTO TOTAL (R\$)

PAGAMENTO DATA DE EXATIDÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.906/0001-04
www.seguradora lider.com.br

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2019

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

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013222631394
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1013918182 R.N.T.C.: ***** EXERCÍCIO: 2017

HOME
 JOSE AILTON DA SILVA

BOHITO-PE

CNPJ: 882.665.404-20 PLACA: OYR8637

PLACA ANT./UF: *****/PE CHASSI: 9C2KD0550HR111900

ESPÉCIE TIPO: PAS /MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL: ALCO/CASOL

MARCA / MODELO: HONDA/HXR150 BROS ES ANO FAB: 2014 ANO MOO: 2014

CAR. / POT. / CL: 2P/149CL CATEGORIA: PARTIC COR. PREZ. DOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º *****

EXATA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: ***** VENC. / COTAS: 2º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IGP IRE: PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 11/03/17

SEGURO OBRIGATORIO

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA. NÃO VÁLIDA PARA TRANSFERÊNCIA

BOHITO
 Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013222631394 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 JOSE AILTON DA SILVA 55680-000

BOHITO-PE

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 11/03/17

VIA: 1 CNPJ: 882.665.404-20 PLACA: OYR8637

RENAVAM: 1013918182 MARCA / MODELO: HONDA/HXR150 BROS ES

ANO FAB: 2014 DETMÊ: 09 Nº CHASSI: 9C2KD0550HR111900

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$): DATA (R\$): QUOT. DO SEGURO (R\$):

QUOT. DO BILHETE (R\$): IGP (R\$): PRE (R\$):

SEGURO PAGO PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO:

SEGURO LÍDER - DPVAT
 CNPJ 02.340.882/0001-02

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

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

27 JUN 2017

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

República Federativa do Brasil

Cartório Dimas César

Ofício Único

Bonito-PE

Fone: (081) 3737-1233

e-mail: oficiounicodimascesar@hotmail.com

Dimas de Albuquerque César Júnior

Tabelião Público Interino e

Oficial Interino do Registro Civil de Imóveis

OFÍCIO ÚNICO DIMAS CÉSAR - Dimas de Albuquerque César Júnior - TABELIÃO PÚBLICO
R. Paulo Jordão, nº 40, Centro, CEP: 54000-000, Bonito/PE, tel: (081) 3737-1233, oficiounicodimascesar@hotmail.com, CEP: 54000-000

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que foi apresentado, ao qual autenticado e dou fé. O Tabelião Dimas de Albuquerque César Júnior, 26/12/2016 10:34:23. Emol. R\$ 60,33, T.S.N.R. R\$ 12,07, F.E.R.C. R\$ 6,04, Total R\$ 78,44. Selo: 0075077.THH11201601.02498 Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

Livro : 111-P

Folha : 105

Traslado 1

Prot. : 7320

PROCURAÇÃO PÚBLICA que faz MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA, em favor JOSÉ AILTON DA SILVA, protocolada sob o nº 7320 na forma a seguir declarada:

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração, subscrito pelo Notário, virem que 23 de dezembro de 2016, neste Serviço Notarial Dimas César - Ofício Único, situado à Rua Paulita Jordão, nº 40, Centro, nesta cidade do Bonito, Estado de Pernambuco, perante mim Funcionária Credenciada, compareceu como Outorgante, o Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 4230681 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **045.492.094-61**, residente e domiciliado no Sítio Bananeira do Sul, Zona Rural, nesta cidade do Bonito/PE, ora comparecente e reconhecido pelos documentos públicos a mim exibidos, do que dou fé. Por ele Outorgante, me foi dito que nomeia e constitui como seu bastante procurador, o Sr. **JOSÉ AILTON DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 3651897 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **882.665.404-20**, residente e domiciliado na Travessa Tabelião Hercílio Vila Nova, nº 34, Centro, nesta cidade do Bonito/PE, a quem confere poderes específicos para representar o outorgante perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT, podendo para isso assinar quaisquer documentos que se façam necessários; cumprir exigências; obedecer os rituais, apresentar e exibir documentos e praticar tudo mais para o fiel cumprimento do presente mandato e finalidade. Para o que ainda, lhe são outorgados todos os poderes que não expressos, mas que sejam implícitos e decorrentes da finalidade deste mandato. Assina a rogo do Sr. **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, em virtude de ser analfabeto, o Sr. **JHOBSON BARROS CARNEIRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 5246186 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.031.054-54**, residente e domiciliado na Rua 03, nº 52, bairro do Mutirão, nesta cidade do Bonito/PE. Assim o disseram e me pediram que lhes lavrasse nestas Notas o presente instrumento, que lhes sendo lido em voz alta e achado conforme aceitaram e assinam. Dispensada a apresentação de testemunhas, de acordo com o § 5º, do Art. 215, do Código Civil de 2002; dou fé. Emolumentos - R\$ R\$ 60,33, F.E.R.C. - R\$ R\$ 6,04 e a T.S.N.R. - R\$ R\$ 12,07 (Lei nº 11.404/96, adaptada pela Lei nº 12.148/2001). Eu, **MARTHA REJANE DO NASCIMENTO SILVA**, Funcionária Credenciada, o digitei e assino; dou fé. (a.a.) **MARCOS SEBASTIÃO DA SILVA**, (A Rogo) **JHOBSON BARROS CARNEIRO** SUBSCREVO E ASSINO. Em testemunho (sinal) da verdade. **DIMAS DE ALBUQUERQUE CÉSAR JÚNIOR** TABELIÃO PÚBLICO E OFICIAL REGISTRADOR INTERINO. Está conforme o seu original, ao qual me reporto e dou fé. Válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização. Selo 0075077.THH11201601.02498. Consulte autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital

SUBSCREVO E ASSINO.

Em testemunho da verdade.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ASSINATURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco



05.802.494/0001-
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 72

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 907 B C
Boa Vista - CEP 50.050-000

DIMAS DE ALBUQUERQUE CÉSAR JUNIOR
TABEIAO PUBLICO E OFICIAL REGISTRADOR INTERINO



Ofício Unico Dimas César - Rua de Albuquerque César, 251 - Bairro Boa Vista - CEP 50.050-000 - Fone: 251.1111 - Telex: 511111

Partido que a presente obra é a reprodução fiel do original que foi apresentado, ao qual autenticado e do to. O

Tabellaio Dimas de Albuquerque César, 25/12/2016

10:34:23, Em 12/12/2016, FIC R\$ 0,31, Total R\$ 3,72, Selo: 10/2/2017, 11/11/2016, 02/01/2016 Consulte autenticidade em www.ufpe.br/seleto/ufpe

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231405/18

Número do Sinistro: 3180296103

Vítima: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

CPF: 045.492.094-61

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/08/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS SEBASTIAO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

MARCOS SEBASTIAO DA SILVA : 045.492.094-61

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 05/09/2018
Nome: JOSE AILTON DA SILVA
CPF: 882.665.404-20

JOSE AILTON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso