
Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

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

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190456679

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LUCAS BATISTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: JOSE LUCAS BATISTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000087786-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 713.919.634-66 4 - Nome completo da vítima: Joo Lucas Botista

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Joo Lucas Botista 6 - CPF: 713.919.634-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Pato Alguê 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Itapira 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53360-060
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS 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: 0937 CONTA: 87786 4 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNJ) ☐ Divorçado ☐ 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 - Se a vítima deixou filhos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou irmãos, informar vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou pais/avós vivos: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Olinda, 31.07.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP\$ 001 V002/2019

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190456679
Nome do(a) Examinado(a): Jose Lucas Batista
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Porto Alegre, 11
Tabajara Olinda PE CEP: 53360-060
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9112102
Data local do acidente: [25/12/2018]
Data local do exame: [12/08/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA FACIAL COM MULTIPLAS FRATURAS DA FACE SEM LESAO NEUROLÓGICA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR NÃO CIRURGICO
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
ASSIMETRIA FACIAL A ESQUERDA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO MÍNIMA DA ABERTURA ORAL
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL ÀS ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP 024/CIRC VARADOURO
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114004373

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/05/2019** às **16:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/12/2018** às **09:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA TEREZA, 01 - Bairro: 7º RO - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: **53010-150**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AGENTE EXTERNO (AUTOR) AGENTE
GENIVALDO JOSE DE SOUZA (OUTRO)
JOSE LUCAS BATISTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS BATISTA**

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

JOSE LUCAS BATISTA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDILEUZA ANA SANTANA Pai: LUIZ ALVES BATISTA Data de Nascimento: 12/9/1997 Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABAJARA (BAIRRO), 11, RUA PORTO ALEGRE, N. 11, TABAJARA, OLINDA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

AGENTE EXTERNO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

GENIVALDO JOSE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DESCONHECIDA Nº 0001-41 DESCONHECIDO Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENIVALDO JOSE DE SOUZA**, em posse do(a) Sr(a): **JOSE LUCAS BATISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.454/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175 - 50.060-010
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Placa: QYH3513 (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: 997061413 Chassi: 9C2KC1680ER522547
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

✓ SENHOR JOSE LUCAS BATISTA INFORMOU QUE NA MANHÃ DO DIA 25 DE DEZEMBRO DE 2018, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO TRANSITAVA NA RUA SANTA TEREZA, S/N, BAIRRO DE SANTA TEREZA, OLINDA-PE. QUE PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO SENDO LESIONADO FISICAMENTE, QUE FOI SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA A UPA DE OLINDA-PE. SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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

✓ *Jose Lucas Batista*
JOSE LUCAS BATISTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: GUSTAVO MORAIS DE MELO - Matrícula: 273105-3
(Liberado em 07/05/2019 às 16:31)



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

Rua da Aurora, 101 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 713.919.634-66 4 - Nome completo da vítima: Joo Lucas Botista

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Joo Lucas Botista 6 - CPF: 713.919.634-66
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Pato Alguê 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Itapira 12 - Cidade: Ilhéus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 53360-060
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS 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: 0937 CONTA: 87786

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.184/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Chf) ☐ Divorçado ☐ 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 deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima deixou irmãos falecidos: 32 - Se tinha irmãos, informar falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ilhéus, 31.07.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Atendimento: 1338395

Senha de Classificação:

0070

Data e Hora: 26/12/2018 09:12

Paciente: 306041 JOSE LUCAS BATISTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/09/1997 Idade: 21 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM:

Endereço: PORTO ALEGRE

11

Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53360160

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 55099547

Com (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 09:12

Queixa Principal:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Terapêutica:

Prescrição Médica:

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Data:

Carimbo Médico

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

Rua da Aurora, 175, 51.902-90
Roa Vista - CEP: 53060-010
RECIFE-PE

1399593

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCAS BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000087786-4

Nr. da Autenticação 9114152B738BDB2F



AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 021 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0914399-2
CNPJ: 09.789.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190677552385

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DEBILITA ADO BATISTA

R. PORTO ALGODÃO, N. 00011 - CIDADE TABAJARA OLINDA PE 53360-060

INSCRIÇÃO: 098.465.210.0011.000

GRUPO: 11

07755238.5

06/2019-5

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 07755238.5

CONTADOR		POTENCIAL	CONSUMO		ESGOTO	CONSUMO	
MÊS MEDIDO							
ÁGUA			CONSUMO: 8			VOLUME: 8	
LÍQ. ANT.					LÍQ. ANT.		
LÍQ. ATUAL:					LÍQ. ATUAL:		
LÍQ. FAT.					LÍQ. FAT.		
HISTÓRICO DE CONSUMO EXPERIÊNCIA/CONSUMO							
06/2018	107	A			06/2018	107	A
06/2018	107	B			06/2018	107	B
06/2018	107	C			06/2018	107	C
06/2018	107	D			06/2018	107	D
06/2018	107	E			06/2018	107	E
06/2018	107	F			06/2018	107	F
06/2018	107	G			06/2018	107	G
06/2018	107	H			06/2018	107	H
06/2018	107	I			06/2018	107	I
06/2018	107	J			06/2018	107	J
06/2018	107	K			06/2018	107	K
06/2018	107	L			06/2018	107	L
06/2018	107	M			06/2018	107	M
06/2018	107	N			06/2018	107	N
06/2018	107	O			06/2018	107	O
06/2018	107	P			06/2018	107	P
06/2018	107	Q			06/2018	107	Q
06/2018	107	R			06/2018	107	R
06/2018	107	S			06/2018	107	S
06/2018	107	T			06/2018	107	T
06/2018	107	U			06/2018	107	U
06/2018	107	V			06/2018	107	V
06/2018	107	W			06/2018	107	W
06/2018	107	X			06/2018	107	X
06/2018	107	Y			06/2018	107	Y
06/2018	107	Z			06/2018	107	Z
06/2018	107	AA			06/2018	107	AA
06/2018	107	AB			06/2018	107	AB
06/2018	107	AC			06/2018	107	AC
06/2018	107	AD			06/2018	107	AD
06/2018	107	AE			06/2018	107	AE
06/2018	107	AF			06/2018	107	AF
06/2018	107	AG			06/2018	107	AG
06/2018	107	AH			06/2018	107	AH
06/2018	107	AI			06/2018	107	AI
06/2018	107	AJ			06/2018	107	AJ
06/2018	107	AK			06/2018	107	AK
06/2018	107	AL			06/2018	107	AL
06/2018	107	AM			06/2018	107	AM
06/2018	107	AN			06/2018	107	AN
06/2018	107	AO			06/2018	107	AO
06/2018	107	AP			06/2018	107	AP
06/2018	107	AQ			06/2018	107	AQ
06/2018	107	AR			06/2018	107	AR
06/2018	107	AS			06/2018	107	AS
06/2018	107	AT			06/2018	107	AT
06/2018	107	AU			06/2018	107	AU
06/2018	107	AV			06/2018	107	AV
06/2018	107	AW			06/2018	107	AW
06/2018	107	AX			06/2018	107	AX
06/2018	107	AY			06/2018	107	AY
06/2018	107	AZ			06/2018	107	AZ
06/2018	107	BA			06/2018	107	BA
06/2018	107	BB			06/2018	107	BB
06/2018	107	BC			06/2018	107	BC
06/2018	107	BD			06/2018	107	BD
06/2018	107	BE			06/2018	107	BE
06/2018	107	BF			06/2018	107	BF
06/2018	107	BG			06/2018	107	BG
06/2018	107	BH			06/2018	107	BH
06/2018	107	BI			06/2018	107	BI
06/2018	107	BJ			06/2018	107	BJ
06/2018	107	BK			06/2018	107	BK
06/2018	107	BL			06/2018	107	BL
06/2018	107	BM			06/2018	107	BM
06/2018	107	BN			06/2018	107	BN
06/2018	107	BO			06/2018	107	BO
06/2018	107	BP			06/2018	107	BP
06/2018	107	BQ			06/2018	107	BQ
06/2018	107	BR			06/2018	107	BR
06/2018	107	BS			06/2018	107	BS
06/2018	107	BT			06/2018	107	BT
06/2018	107	BU			06/2018	107	BU
06/2018	107	BV			06/2018	107	BV
06/2018	107	BW			06/2018	107	BW
06/2018	107	BX			06/2018	107	BX
06/2018	107	BY			06/2018	107	BY
06/2018	107	BZ			06/2018	107	BZ
06/2018	107	CA			06/2018	107	CA
06/2018	107	CB			06/2018	107	CB
06/2018	107	CC			06/2018	107	CC
06/2018	107	CD			06/2018	107	CD
06/2018	107	CE			06/2018	107	CE
06/2018	107	CF			06/2018	107	CF
06/2018	107	CG			06/2018	107	CG
06/2018	107	CH			06/2018	107	CH
06/2018	107	CI			06/2018	107	CI
06/2018	107	CJ			06/2018	107	CJ
06/2018	107	CK			06/2018	107	CK
06/2018	107	CL			06/2018	107	CL
06/2018	107	CM			06/2018	107	CM
06/2018	107	CN			06/2018	107	CN
06/2018	107	CO			06/2018	107	CO
06/2018	107	CP			06/2018	107	CP
06/2018	107	CQ			06/2018	107	CQ
06/2018	107	CR			06/2018	107	CR
06/2018	107	CS			06/2018	107	CS
06/2018	107	CT			06/2018	107	CT
06/2018	107	CU			06/2018	107	CU
06/2018	107	CV			06/2018	107	CV
06/2018	107	CW			06/2018	107	CW
06/2018	107	CX			06/2018	107	CX
06/2018	107	CY			06/2018	107	CY
06/2018	107	CZ			06/2018	107	CZ
06/2018	107	DA			06/2018	107	DA
06/2018	107	DB			06/2018	107	DB
06/2018	107	DC			06/2018	107	DC
06/2018	107	DD			06/2018	107	DD
06/2018	107	DE			06/2018	107	DE
06/2018	107	DF			06/2018	107	DF
06/2018	107	DG			06/2018	107	DG
06/2018	107	DH			06/2018	107	DH
06/2018	107	DI			06/2018	107	DI
06/2018	107	DJ			06/2018	107	DJ
06/2018	107	DK			06/2018	107	DK
06/2018	107	DL			06/2018	107	DL
06/2018	107	DM			06/2018	107	DM
06/2018	107	DN			06/2018	107	DN
06/2018	107	DO			06/2018	107	DO
06/2018	107	DP			06/2018	107	DP
06/2018	107	DQ			06/2018	107	DQ
06/2018	107	DR			06/2018	107	DR
06/2018	107	DS			06/2018	107	DS
06/2018	107	DT			06/2018	107	DT
06/2018	107	DU			06/2018	107	DU
06/2018	107	DV			06/2018	107	DV
06/2018	107	DW			06/2018	107	DW
06/2018	107	DX			06/2018	107	DX
06/2018	107	DY			06/2018	107	DY
06/2018	107	DZ			06/2018	107	DZ
06/2018	107	EA			06/2018	107	EA
06/2018	107	EB			06/2018	107	EB
06/2018	107	EC			06/2018	107	EC
06/2018	107	ED			06/2018	107	ED
06/2018	107	EE			06/2018	107	EE
06/2018	107	EF			06/2018	107	EF
06/2018	107	EG			06/2018	107	EG
06/2018	107	EH			06/2018	107	EH
06/2018	107	EI			06/2018	107	EI
06/2018	107	EJ			06/2018	107	EJ
06/2018	107	EK			06/2018	107	EK
06/2018	107	EL			06/2018	107	EL
06/2018	107	EM			06/2018	107	EM
06/2018	107	EN			06/2018	107	EN
06/2018	107	EO			06/2018	107	EO
06/2018	107	EP			06/2018	107	EP
06/2018	107	EQ			06/2018	107	EQ
06/2018	107	ER			06/2018	107	ER
06/2018	107	ES			06/2018	107	ES
06/2018	107	ET			06/2018	107	ET
06/2018	107	EU			06/2018	107	EU
06/2018	107	EV			06/2018	107	EV
06/2018	107	EW			06/2018	107	EW
06/2018	107	EX			06/2018	107	EX
06/2018	107	EY			06/2018	107	EY
06/2018	107	EZ			06/2018	107	EZ
06/2018	107	FA			06/2018	107	FA
06/2018	107	FB			06/2018	107	FB
06/2018	107	FC			06/2018	107	FC
06/2018	107	FD			06/2018	107	FD
06/2018	107	FE			06/2018	107	FE
06/2018	107	FF			06/2018	107	FF
06/2018	107	FG			06/2018	107	FG
06/2018	107	FH			06/2018	107	FH
06/2018	107	FI			06/2018	107	FI
06/2018	107	FJ			06/2018	107	FJ
06/2018	107	FK			06/2018	107	FK
06/2018	107	FL			06/2018	107	FL
06/2018	107	FM			06/2018	107	FM
06/2018	107	FN			06/2018	107	FN
06/2018	107	FO			06/2018	107	FO
06/2018	107	FP			06/2018	107	FP
06/2018	107	FQ			06/2018	107	FQ
06/2018	107	FR			06/2018	107	FR
06/2018	107	FS			06/2018	107	FS
06/2018	107	FT			06/2018	107	FT
06/2018	107	FU			06/2018	107	FU
06/2018	107	FV			06/2018	107	FV
06/2018	107	FW			06/2018	107	FW
06/2018	107	FX			06/2018	107	FX
06/2018	107	FY			06/2018	107	FY
06/2018	107	FZ			06/2018	107	FZ
06/2018	107	GA			06/2018	107	GA
06/2018	107	GB			06/2018	107	GB
06/2018	107	GC			06/2018	107	GC
06/2018	107	GD			06/2018	107	GD
06/2018	107	GE			06/2018	107	GE
06/2018	107	GF			06/2018	107	GF
06/2018	107	GG			06/2018	107	GG
06/2018	107	GH			06/2018	107	GH
06/2018	107	GI			06/2018	107	GI
06/2018	107	GJ			06/2018	107	GJ
06/2018	107	GK					

www.ceipa.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 201 0142
 Ouvidoria 0800 282 3399
 Agência Nacional de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 de São Paulo - ARPE: 0800-727-0157-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

3A30.985E.06D5.DD7E.9A84.4CED.9395.76AD

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-3380 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 93 99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 93 35

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/SIBLIVOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TPID=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Rinaldo Mangabeira dos Santos
inscrito (a) no CPF/CNPJ 055.382.254/37 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José Lucas Batista inscrito (a) no CPF sob o nº 113.919.634/66
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Lucas Batista
inscrito (a) no CPF sob o nº 113.919.634/66 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recusa 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: <u>PE - Fernandes Vieira</u>	Número: <u>21</u>	Complemento: <u>B</u>
Bairro: <u>St. Atlântico</u>	Cidade: <u>Ubirajara</u>	Estado: <u>PE</u>
CEP: <u>53140-300</u>	Tel (DDD): <u>(81) 3011-3224</u>	
Email: <u>MRASSESSORIA@PENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>		

Local e Data: Ubirajara, 31. 04. 2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

DEHL.001 V001/2019 da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Atendimento: 1398365

Série da Classificação:

0070

Data e Hora: 26/12/2018 09:12

Paciente: 368041 JOSE LUCAS BATISTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/09/1987 Idade: 21 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO-ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PL. NTONII TA

CRM:

Endereço: PORTO ALEGRE

11

Bairro: CIDADE TABAÍARA

Cidade/UF: CLINDA

PE

Cep: 53390160

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 055099547

Certidão de Registro de Nascimento:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Horas:

Queixa Principal:

Prisão de todo o
Sistema Articular - Geral
e Membros

Exame Físico:

Artic. Gen. sem
alterações.

História Diagnóstica:

TCE Gen. -
Artrite

Indicação Terapêutica:

Prescrição Médica:

S. 405 1000 mg
contínuo.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Parecer:

Carimbo/Médico:

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

Rua da Aurora, 1015, 51.902-80
Boa Vista - CEP: 54063-010
RECIFE-PE



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 25/12/2018 09:15

PROTOCOLO C CLASSIFICAÇÃO REDE IRIP

Nome Paciente: JOSE LUCAS BATISTA
Cód. Paciente: 308041
Data de Nascimento: 12/09/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 25/12/2018 09:16 - 25/12/2018 09:18

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5806 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO
Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO SAMU DE OLINDA. CORTE CONTUSO NARIZ NEGA VÔMITO NEGA DESMAM
ESCORIAÇÕES MMSSII POS ACIDENTE DE AUTO

Observação: USIATT DM - HA - ALERG - SINAIS DE EMBRIAGUES

Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS

Intervenções: - FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSIVEL

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. DIASTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5806 FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/12/2018 09:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página

Sa us ven MEVIT

Ja em de em de no to em
B. ...
... ..

$$3 + 2 + 6 = 11$$

HGT 66.

... ..
... ..
... ..
... ..

- 5%
→ 6% ... 50%
... ..
... ..
... ..



... ..
... ..
... ..

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31
Rua da Aurora, 101 175, SL 902 B.C.
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



WILSON, D. & J. H. WILSON, JR.

Nome: Jose Leon Batista

Foi atendido às 17:20 hs, do dia 25, 10, 18

Diagnostico Pro: Pueril con la storia
de oculte motorizantes e la historia
de una fractura en el 2014 con
quiza misal e motor
Puerilizado

Training to Fly/izing: AD Winter 13

UBS Reserach de AC, Lias y Repaso

Observação: Reforço ao Hosp. de 2000.
Cirurgia. Amputação de 1º e 2º
dedos. Reforço ao Hosp. de 13:00.

Cópia de :

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, seguindo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Ced. 0157

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 11 2019

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

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

10/12/2018
06/10/2018
Paciente 04/04/2009
ETIQUETA

te 02061079

1071269		Data e Hora de Atendimento: 25/12/2018 11:20	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1660948 Paciente: JOSE LUCAS BATISTA		Sexo: MASCULINO	
Data de nascimento: 12/09/1997 Idade: 21a 3m 13d			
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: JOSE LUIZ BATISTA	
DOC ID / Data expedição 9112102 / 20-Nov-17		Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA Pai: LUIZ ALVES BATISTA	Cartão SUS:
Endereço: RUA PORTO ALEGRE Bairro: TABAJARA Cidade: OLINDA		UF: PE	Numero 11 Complemento: Telefone: 984521105
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO			
Procedência: UPA OLINDA			
Informações do Serviço Social:			
Confirmação de nome:		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:			
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>			
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			Assistente Social

História Clínica:

Queda de moto, alcoolizado, com
rebaixamento traumático do nível de consciência.

05.802.494-42
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31.11.2019

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

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
Vias aéreas pervias. Colar cervical @, em desuso cervical			
B: Respiratório			
MU @ em AHTS (PA)			
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm	

REALIZADO
DATA: 25/12/2018
MÉDICO: [Assinatura]
TÉCNICO: [Assinatura]

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:

ECGAS - PD = PE = PR

E: Exposição/Abdômen:

ABD flexado e insólito.
Escaneado em traços. sem evidências
de lesões

Diagnóstico Inicial:

TCE leve
Politrauma

Cod. Procedimento

Conduta:

Sol TC de crânio
RX trauma
As - NCR + BMF.

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Interrupção na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☒ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Claudio A. Macedo CRM: _____ Data: 25/12/18 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 desta ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 25-Dec-18

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.11.2019

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

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

25/12/2018 11:15

Nome Paciente: JOSE LUCAS BATISTA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/09/1997
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0030
Convênio:
Atendimento:

25/12/2018 11:15 - CLAUDECI ALVES DIAS - COREN: 44911 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE
Cor: LARANJA
Queixa Principal: PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 3 HORAS. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MMSS, EVOLUI COM OTORRAGIA DESORIENTAÇÃO.
Observação: SENHA5584283
Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?
Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO
Alergia(s):
Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14
- REGUA DE DOR: 7

LS 1-6

± 125 ±

11621

queda moto

capitula e Nega trauma apical.

oxe

Q = 17

Respir E

CT venoz: Sim (125) KCB

125 Alfa 250

A Danf

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 III 2019

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

Claudeci Alves Dias
Neurocirurgião
CRM-PE 1115 / CRM-AL 1004

Acolhido(a) por: CLAUDECI ALVES DIAS
Data: 25/12/2018 11:15



Protocolo de Encaminhamento

HIMIP
NCR

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5584283

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: JOSE LUCAS BATISTA Idade: 21 anos

Sexo: M () F () Profissão: Fone:

Endereço Residencial: Bairro: TABATINGA

Cidade: OLINDA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Vítima de Guerra
Atos Múltiplos por arma de fogo
Hipótese Diagnóstica: H0 TCE

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
S. Ilos Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 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

Jose Lucas

EVOLUÇÃO CLÍNICA

25/12/18

em Geral

1341

Eupneico, corado, hidratado

MV (+) eú, AAT, 2' RN

Abd: flácido

Rx to leve o s/hemo/pneumo

cd: ALTA CIR. GORAX

Rogério Enríquez
Cirurgião Oncológico
CRM 15012
RQE 1576

#CTBMF 25/12/18 14:29

Paciente vítima de acidente automobilístico, vindo com consciência, agitado, normoventilado, ECG Ry.

Do exame físico apresenta escoriações na face, lacrimação em olhos, de olhos abertos, edema e equimose periorbitária (+), DPV e manobras positivas ao toque, dor à palpitação na região local, achado normal.

TC de crânio: Fratura de gigamito (+)

CD: (1) Realiza sutura

(2) Solicito TC de face

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUL 2019

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

Assinatura do Médico

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Nutricionista

Assinatura do Psicólogo

Assinatura do Fonoaudiólogo

Assinatura do Terapeuta Ocupacional

Em tempo, de AM Jose segue baixo de
1,206. Tratando a contusão.

11/11/2019 09:123



100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000



100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000



100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

100-10000
100-10000
100-10000
100-10000
100-10000

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	25/12/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	25/12/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
JOSE LUCAS BATISTA			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Paciente vítima de acidente de trânsito, com fratura do arco zigomático esquerdo CI profundamente			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
Paciente sendo submetido a tratamento conservador. Fratura do arco zigomático CI profundamente.			
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Paciente CI fratura CI profundamente CI Sx
2º MAXILAR superior, arco zigomático. Paciente
3º CI área de fratura no arco zigomático, Paciente
4º CI TENSÕES FREQUENTES. DOB CRÂNIO.
5º DOB TIPO DEFORMA EM FACE esquerda, deformação Sigla 6C9C.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 19/7/2019 A 19/7/2019 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL	DATA
Recife	19/7/2019

0001-41
ASSINATURA E CARIMBO
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITAÇÃO



NOME
RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5953233 SDB PE

CPF
055.382.254-37

DATA NASCIMENTO
08/02/1983

FILIAÇÃO
CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA DOS SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03765010380

VALIDADE
17/12/2020

1ª HABILITAÇÃO
11/01/2006

OBSERVAÇÕES
A
EAR
 05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 31.11.2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010

Renato Mangabeira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
15/08/2018

Charles Anderson Sousa Ribeiro

ASSINATURA DO EMISSOR

49158148510
 PE087439301

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
1679922622

PREMIOS PLANTIFICAR
1679922622

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483657433
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 R. 440.804-22 R. 440.804-22 2018

NOME
GENTILALDO JOSE DE SOUZA

QUINDA-PE

PLACA 0YU2512

CPF/CNPJ 010.440.804-22 PLACA 0YU2512

PLACA ANT./LIT. 0YU2512 CHASSI 9C2FC16502R522547

ESPECÍFICO / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN E301

REGISTRO 2014 ANO 2014

ANO FAB. 2014 ANO 2014

CH / P2 / CL 1400CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 2014 QUITADO 1ª ANO 2014

ENCARGOS PARCELAMENTO / COTAS 2ª ANO 2014

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA 24/08/18

DATA 24/08/18

DATA 24/08/18

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

PE Nº 014483657433 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
GENTILALDO JOSE DE SOUZA

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

QUINDA-PE

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/08/18

VIA 1 R. 440.804-22 PLACA 0YU2512

REGISTRO 2014 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN E301

ANO FAB. 2014 ANO 2014

CH / P2 / CL 1400CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 2014 QUITADO 1ª ANO 2014

ENCARGOS PARCELAMENTO / COTAS 2ª ANO 2014

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA 24/08/18

DATA 24/08/18

DATA 24/08/18

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.208/0001-04

DETRAN - PE Nº 014483657433 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
GENTILALDO JOSE DE SOUZA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.11.2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190456679 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUCAS BATISTA **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM MULTIPLAS FRATURAS DA FACE SEM LESAO NEUROLÓGICA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA FACIAL A ESQUERDA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO MÍNIMA DA ABERTURA ORAL

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DAS FRATURAS COM DISCRETA ASSIMETRIA FACIAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Jose Lucas Batista
RG/CNH/CTPS: 9.112.100 CPF: 713.919.634-66
End: Rua Porto Alegre, 11 Jataí
Olinda - PE
NATUREZA: Invalides
DATA DO SINISTRO: 25/02/2018

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 CPF: 055.382.254-3
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLANTICO OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes
específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao
SEGURO DPVAT, que figura como vítima;

Jose Lucas Batista, 713.919.634-66

Olinda, 22 de 03 de 2018 de

1º Cartório de Notas
de Olinda

Jose Lucas Batista

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.03.2018

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

1º Cartório de Notas de Olinda

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) apostada(s) no documento de

Olinda, 22 de março de 2018, 14h54m.

Assinatura: Renato Mangabeira dos Santos

Valor: R\$ 1,39 Tabela: R\$ 1,20 Total: R\$ 4,79

Valido somente com o selo 00250000000000000000000000000000

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260687/19

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

CPF: 713.919.634-66

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LUCAS BATISTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

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

JOSE LUCAS BATISTA : 713.919.634-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 31/07/2019
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso