

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

753.919.634-66

753.919.634-66

José Júlio Botista

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo:

José Júlio Botista

6 - CPF:

753.919.634-66

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Av. das Flores

9 - Bairro:

Jardim

10 - Complemento:

Bairro

11 - Cidade:

Blumenau

12 - Estado:

SC

13 - CEP:

53360-060

14 - Tel.(DDD):

41

15 - E-mail:

julio.botista@uol.com.br

16 - Celular:

99999-9999

17 - Nome completo do Representante Legal:

José Júlio Botista

18 - CPF do Representante Legal:

753.919.634-66

19 - Profissão do Representante Legal:

Autônomo

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21 - DADOS BANCÁRIOS:

22 - BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

23 - REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

24 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0937

CONTA:

97786-4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

25 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

28 - Gravidez:

Gravida

Nativa

29 - Se tem filhos, informar:

Sim

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou nascituro (menor de 24 meses):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou pais/vívos vivos?

Sim

Não

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

José Júlio Botista

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

753.919.634-66

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

José Júlio Botista

40 - Local e Data:

Blumenau, 31.07.2019

X de José Júlio Botista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

José Júlio Botista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

José Júlio Botista

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

José Júlio Botista

44 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

45 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

46 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

47 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

48 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

49 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

50 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

51 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

52 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

53 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

54 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

55 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

56 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

57 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

58 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

59 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

60 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

61 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

62 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

63 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

64 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

65 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

66 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

67 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

68 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

69 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

70 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

71 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

72 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

73 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

74 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

75 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

76 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

77 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

78 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

79 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

80 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

81 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

82 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

83 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

84 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

85 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

86 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

87 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

88 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

89 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

90 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

91 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

92 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

93 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

94 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

95 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

96 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

97 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

98 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

99 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

100 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

101 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

102 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

103 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

104 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

105 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

106 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

107 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

108 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

109 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

110 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

111 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

112 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

113 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

114 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

115 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

116 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

117 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

118 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

119 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

120 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

121 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

122 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

123 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

124 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

125 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

126 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

127 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

128 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

129 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

130 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

131 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

132 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

133 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

134 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

135 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

136 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

137 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

138 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

139 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

140 - Assinatura da testemunha:

José Júlio Botista

141 - Assinatura da testemunha:

**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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICT 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 (*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- 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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024^a CIRCUNSCRICAO - VARADOURO - DPER/CIRC
DIM/7^a DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0114004373

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

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

Fato ocorrido no endereço: RUA SANTA TEREZA, 01 - Bairro: TIRO - 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 (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: VITORIA DE SANTO ANTÃO / 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 - Bairro de 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: DESCONHECIDO/0001-41
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

05.802.155/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

VEICULO MOTOCICLETA (VEICULO) 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)

31 JUL 2019
Rua da Aurora, 11158482 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

Placa: DYU3513 (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: 997061413 Chassi: 9C2KC1680ER522547
Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

O 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. SENHOR TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO.

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


JOSE LUCAS BATISTA
(VITIMA)

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

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE VALINHO/OURO
24^ª CIRCUNSCRIÇÃO

05.802.494/0001-41
TRACAG CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 10 709

Rua da Aurora, 26 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

753.919.634-66

753.919.634-66

José Júlio Botista

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012

5 - Nome completo:

José Júlio Botista

6 - CPF:

753.919.634-66

7 - Profissão:

autônomo

Endereço:

Av. São Paulo 1234

8 - Bairro:

Jardim

12 - Cidade:

Olinda

9 - Número:

31

10 - Complemento:

11 - Rua:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53360-060

16 - Tel.(DDD):

17 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:



Atendimento: 1336395

Data e Hora: 26/12/2013 09:13

Senha da Classificação:

0070

Paciente: 398041 JOSE LUCAS BATISTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data de Nascimento: 12/09/1997 Idade: 21 anos Convenção: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA

Nome do P. I:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PL. ANTONIO TA

Endereço: PORTO ALEGRE

11

Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: CLINDA

PE Cep: 53380-160

Usuário Atendimento: DANIELEM

RG (Identidade):

Dt. e qd. Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 55689647

CNH (Certidão de Registro de Nasc.):

Dt. da Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: 09:32

Queixa Principal:

Palmo e dedos com dor e coceira

Exame Físico:

Liquido amarelo acinzentado

Hipótese Diagnóstica:

TCC e Gripe

Induta Terapêutica:

União de Olinda
CREME - 0000

Prescrição Médica:

S. 495 100-100

Desfecho: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Data:

05.802-494/0001-41
TRACAO CORRETO RA
DE SEGUROS LTDA
SENHA _____

Carimbo/Médico:

S. Vg

31 JUL 2013
Rua da Aurora, 28175, 51.901-041
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUCAS BATISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 00000087786-4

Nr. da Autenticação 9114152B738BDB2F

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 5-104

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50000-902
CNPJ 10.935.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0065543-41



CELESTE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118

Ouvirônia (800) 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0157-Ligaçâo Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligaçâo Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO R. CPF: 105.883.254-63	DATA DE VENCIMENTO 22/05/2019	DATA EMISSAO DA NOTA FISCAL 15/05/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/05/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 001856265	CONTA CONTRATO 007027598778 Nº DO CLIENTE 20150366229 Nº DA INSTALAÇÃO 0032951186
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA PC FERNANDES VIEIRA 21 B JARDIM ATLANTICO/OLINDA 52140-360 OLINDA PE	TOTAL A PAGAR (R\$) 397,86	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	RESERVADO AO FISCO 3A30.985E.06D5.DD7E.9A84.4CED.9395.76AD
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br			

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

Demonstrativo de corolários desta nova regra

INFORMACIÓN ADICIONAL

Pague na porta mais perto de você! Pixias descarregáveis e on-line: governoigital Carlos de Lima cobravante casa
azulada / preço bom: rua santana no 884 lote jardim atlântico Lata completa em www.pixias.com.br.
Na data de leitura é bandeira em vigor é o Anatel. Mais informações em www.anatel.gov.br.
A partir de 2004, tarifa com reajuste médio de 5,50% para Belas Terras.

3,78% para Alla Tenório-REH 1.536/19.
O cliente é compensado quando há variação no consumo individual ou no nível de tensão do fornecimento. Pagou, em atraso para média 25% (R\$14,14/ANEEL), Juros 175,6 mil (Lei 16.428/02) e atualização monetária do preço, mais

O cliente compensado quanto ao desempenho do seu distrito para os padrões de crescimento comercial.

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (319) 356-4550 or via email at mhwang@uiowa.edu.

ESTÁQUIE AQUÍ

CONTA CONTRATO **MÊS/ANO** **TOTAL A PAGAR(R\$)** **VENCIMENTO**

◎ 本刊所载文章均为作者原创，未经许可，不得转载。如需转载，请与本刊联系。

www.scholarlypublications.com

NÍVEL DE TENSÃO		
ENSAIO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

总第16期

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007027598778	05/2019	397,86	22/05/2019	<p style="text-align: center;">Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahnoto será usado em leitora ótica.</p>

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

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: 0800-33899 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 03 09 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

[HTTP://WWW2.SUSEP.GOV.BR/SIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TYPD=1&CODID=29636](http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/SIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TYPD=1&CODID=29636)

A Circular Susep nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas passar, informações acerca da profissão e da fatura 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, sua determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

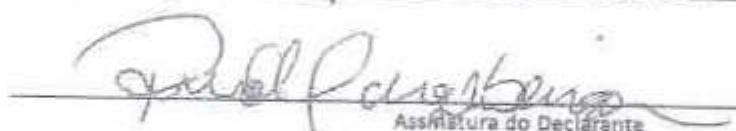
¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA – PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu:	<u>Rinato Mongabeira dos Santos</u>		
Inscrito (a) no CPF/CNPJ:	<u>055.382.254.37</u>	na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário	
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar	<u>josé lucas Batista</u>	Inscrito (a) no CPF sob o N°	<u>113.919.634.66</u>
do sinistro de DPVAT cobertura	<u>Invalidez</u>	da Vítima:	<u>josé lucas Batista</u>
Inscrito (a) no CPF sob o N°	<u>113.919.634.66</u>	conforme determinação da Circular Susep 445/12;	
Declare Profissão:	<u>Pq. Financeiro</u>	Renda:	<u>_____</u> e apresento os documentos comprobatórios:

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

Endereço:	<u>Pq. Financeiro Vieira</u>	Número:	<u>21</u>	Complemento:	<u>B</u>
Bairro:	<u>Sal. Atlântico</u>	Cidade:	<u>Olinda</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>MRAZDESSORIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM.BR</u>			CEP:	<u>53140-300</u>

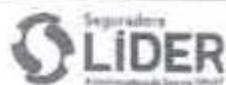
Local e Data: Olinda, 21. 04. 2019


Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUN 2019

DEML.001 V001/2019 da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 6
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



CAPTÃO, OUTROS PRODUTOS E SERVIÇOS DE OUVIDORIA.

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Joséinaldo José da Silva,
RG nº 6279202, data de expedição 10/106/11,
Órgão DEP/PE, portador do CPF nº 010.440-804/93,
com domicílio na cidade de Olinda, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Raimundo Raimundo, Centro, Olinda, nº 65,
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
José Lucas Batista, cujo o condutor era
José Lucas Batista.

Veículo: motorcycle Modelo: Diamond CG 150 Fan Ano: 2014
Placa: PEU 3573 Chassi: 9C2KC1680ER522547
Data do Acidente: 25/12/18

Local e Data: Olinda 22/03/201905.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 III 2019

rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-016
RECIFE-PE

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)05 Captação de Notas na Olinda
Arquivado por autenticidade e(s) 01 (01) instante(s) anteriormente
Olinda, 22 de março de 2019, 16:02:28Total: R\$ 3,17 IPI: R\$ 1,29 Total: R\$ 4,46
Valido somente nos e-mail: 0073900.junior@olx.com.br
(comprova autenticidade em www.olx.com.br/validigital)

UPA 24 HORAS - OLINDA

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

PROTÓCOLO C - CLASSIFICAÇÃO REDE INP

Nº da Paciente:	JOSE LUCAS BATISTA
Cód. Paciente:	308041
Data de Nascimento:	12/08/1907
Sexo:	Masculino
Idade:	21
Senha:	0070
Convênio:	
Atendimento:	SAME

Período: 25/12/2018 09:15 - 25/12/2018 09:18

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Cl: classificação

URGÊNCIA - AMARELO

Prioridade:

AMARELO

Cor:

Quaisix Principal: TRAZIDO SAMU DE OLINDA. CORTE CONTUSO NA RÍZ NEGA VOMITO NEGA DESN
ESCORIAÇÕES MMSSII POS ACIDENTE DE MOTO

Observação:

USIATT DM - HA - ALERG - SINAIS DE EMBRIOQUES

Fluxograma/sintoma:

FERIDAS E ABSCESSOS

1 - Fator(es):

- FERIDA COM SANGRAMENTO COMPRESSIVEL

Especialidade:

CLINICA GERAL

Sinais Vitais Usados:

- FREQUENCIA CARDIACA: 88,00 BPM
- P.A. DIASTOLICA: 80,00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130,00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 98,00 %

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31/12/2018

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

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 25/12/2018 09:18

Snow remnant

www.ams.org/monographs/maclane

$$3 + 2 + 6 = 11$$

161 66

761 66. *For organization* 65.
761 66. *For organization* 65.
761 66. *For organization* 65.

- Se dice solo una parte
→ Gases 50% en volumen
O. O. con 2 litros de oxígeno
se saca 50% 3 litos de CO₂

1950 Dec 25
Medic
91° 0' 7"

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2009

31 m 700

31 VIII 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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1071-09

Nome: Jose Jucos Estrela

Foi atendido às 11:20 hr. do dia 25.12.18

Diagnóstico Provisorio: Paciente com história de acidente motociclistico e evolução para fratura em L2/D1 e queixa visão e motricidade ocular diminuída

Tratamento Realizado: C/0 Unidades
Exame
Prescrição

UF's Recebendo ato perito na reposição

Observação: Pitomo no hospital São Vicente (Maior ambulatório que a NEP)
Previsão de alta no dia 03/01

Cópia da:

J. S. de Souza
Policlínica NEP
Centro - Recife

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

Cód. 0157

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31.12.2019

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

Nº 103666024
C6

PMT 04/04/2019
ETIQUETA

Número do Registro

Ficha de Atendimento

TC 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	
Data de nascimento:	12/09/1997	Idade: 21a 3m 13d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil:	SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: JOSE LUIZ BATISTA
DOC ID / Data expedição	9112102 / 20-Nov-17	Mãe: EDILEUZA ANA BATISTA	Cartão SUS:
Endereço: RUA PORTO ALEGRE Bairro: TABAJARA Cidade: OLINDA		Numero 11 Complemento:	
		UF: PE Telefone: 984521105	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO			
Procedência: UPA OLINDA			
Informações do Serviço Social:			
Cr.: <input type="checkbox"/> Içação de nome:	Fones:		Assistente Social
Con.: <input type="checkbox"/> Içação 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. Público <input type="checkbox"/>			
Outros <input type="checkbox"/>			
Observação:			Assistente Social

História Clínica:

Queda de moto, alcoolizado, com rebatimento traumático de nível da 05.802.4940001-41
rebatimento traumático de nível da TRAÇÃO CORRETORA
de SEGUROS LTDA
31/12/2019

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsia 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 checked="" type="checkbox"/>	Type:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" 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 sárea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
----------	--	--	-------

Vias aéreas pativas. Colar cervical +, dor cervical

B: Respiratório

RR +, FC 80mm.

C: Circulatório	PA: X mm	P脉:	bpm
-----------------	----------	-----	-----

FC: 80mm.

REALIZADO
DIAGNÓSTICO: QUADRILHADA - HH

REALIZADO
DATA: 22/12/2019
MÉDICO: TÉCNICO:

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motoria Escore: Hora:
ECG15 - PD = PE = PR		
E: Exposição/Abdômen: ABD fechado e inotolar. Escorregedor em traços. sem eradições de roturas.		

Diagnóstico Inicial:	TCE leve Politranma	Cod. Procedimento
----------------------	------------------------	-------------------

Conduta:	sol TC de curvado ex trauma pr. NCR + BMF.	Ass. Médico
----------	--	-------------

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

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

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	Médico: <u>Helder Macero</u> CRM: _____ Data: <u>25/12/18</u> 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 nosocomio, 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: 25-Dec-18

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 III 2019
Avda Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RCCSE-PR

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: U00030
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 HISTÓRIA 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?
Finalidade: NEUROCIRURGIA ADULTO
Alergia(s): -
Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14
- REGUA DE DOR: 7

L5114 2015 #

11W11

Queda moto

QSF: 0 Nega gema apertado

Oxg: 98

Qc: 15

Fonction: E

CT: Vérus: Sim (100%) N.O.

EEG: Nfia 200

AT: DNF

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


Deoclides Júnior
Neurocirurgião
CRM-PE / CRH-PE

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



Per 200041 - JOSE LUIZ BATISTA
Mai. SOLEUZA ANA BATISTA
1100595

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



HOR
NCR

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5584283

Nome do Paciente: JOSÉ LUCAS BASTOS IDENTIFICAÇÃO Idade: 81 m.
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: TABAQUARI
Cidade: OLIMPO,

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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 ()
Quelmaduras: 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 Grelha
Respiratória por quebra torácica
Hipótese Diagnóstica: HO TCE

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Oscilação Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X
Aéreas: FR _____ Dispnéia 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 Xifóidea: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Psilez () 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 III 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
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

jose lucas

Enfermaria/Leito

--

Registro

--

EVOLUÇÃO CLÍNICA

25/12/18

em Geral

1341

Eufônico coroado hidratado

MV (F) em ATT, clín

Nome: plácido

Rx tóxica o s/ hemor/pneum

ed: ALTA CIR. COPAC

Orsi
Roberto Ehrlacher
CRM-PE 15012
CRF-PE 576
NOT 576

#CTBM 25/12/18 14:23

Paciente vítima de acidente motociclistico, vítima consciente, orientada, aguda, inconsciente, ECG Rx.

No exame físico apresenta escoriações na face, lesões no pulso devido ao impacto, edema e equimose periorbitária (C), DPN e marcas grises no topo, dor intensa lumbosacra e dentes. Nenhum sinal de trauma abdominal.

Tc de crânio: Fratura da gigantina (C)

(C): (1) Fratura intra

(2) Sobreloco Tc de face

05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

31 JUN 2019

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

Assinatura Enquanto te dei você segue deixo os
1200 tratando com sua dor. . . IN 10 5000-0123

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
NOOME COMPLETO DA VÍTIMA:	José Lucas Batista		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<p>Paciente vítima de acidente de trânsito e constata fratura do ombro esquerdo C1 afundamento.</p> <p>Paciente rende relatos de a tratamento conservador. Fratura do ombro zigomático C1 afundamento.</p>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
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	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<p>1º A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.</p> <p>2º A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.</p>		

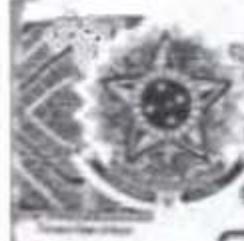
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO
1º Paciente C1 fratura C1 afundamento C1 Sua
2º MAXILAR esquerda, crânio zigomático. Paciente
3º Cráneo de paciente em ombro zigomático, Paciente
4º C1 TENTURAS FREQUENTES. Ocorrência.
5º Ocorre náusea em face esquerda, náuseas significativas.

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

LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
Ribeirão Preto	19/7/2019	TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 10001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, 19175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLÍTICA
CARTERA NACIONAL DE HABITAÇÃO**



-HOME

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS



- DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
- 5953233 SDS PK

CPF 055.382.254-37 DATA NASCIMENTO 08/02/1983

— FILIACAO

CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS
TANIA LUCIA MANGABEIRA
DOS SANTOS

— P1997-040 —

-1cc-

CAT HAIR

— 10 —

03265010380

- 14 L0430

37/32/2020

- 5 -

11/01/2006

www.QuestForTruth.com

1

四

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31.12.2019
Av. da Austrália, 10175-01502-800
CEP: 50.760-010

地圖上標記的水文站

1024

OLIVADA, PZ

DATA FINESAIC

15/08/2018

卷之三

49158148510
77987439301

PERNAMBUCO

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: CONSOLIDACAO 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:

RG/CNH/CTPS:

End:

NATUREZA:

DATA DO SINISTRO:

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.

RG/CNH/CTPS: 03765010380

CPF: 055.382.254-3

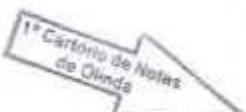
End PRAÇA FERNANDES VIEIRA, 21-B, JARDIM ATLAI TICO OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao

SSEGURADO DPVAT, que figura como vítima:

José Luiz Batista, 733.939.634-66

Olinda, 21 de 03 de 2019



José Luiz Batista

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

05.802.494/0001-41
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

1º Cartório de Notas de Olinda

Reconhecido por autenticidade da firma (apostila) na forma prevista no art. 15º da L.N.C.N.

Olinda, 22 de março de 2019, 16:58h.

Valor: R\$ 1,10 Total: R\$ 4,70

Valido mediante uso e saída 007501.2020191-0763
Código autenticidade em www.tjpe.jus.br/teladigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0260687/19

Vítima: JOSE LUCAS BATISTA

CPF: 713.919.634-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2018

Titular do CPF: JOSE LUCAS BATISTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENTATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Steffany Caroliny Lins Veloso