
Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465412 Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 000000077741-5

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 09590891446 Nome completo da vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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

Nome completo: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA CPF: 09590891446
 Profissão: CONFERENTE Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA ROCHA Número: 65 Complemento: B
 Bairro: DOIS IRMÃOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50000-000
 E-mail: trajanopedro20@gmail.com Tel.(DDD): (81) 88614575
(81) 9.87508960

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3017 CONTA: 00077741 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Camara Gile PE, 30.07.19
 Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
 CPF: 09590891446

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Livistone Trajano de Santana
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o Incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



3 de 2

Boletim de ocorrência



21/02/2018 11:04

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAMARAGIBE
3700 CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0127001124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/02/2018 às
11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 19/12/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 07, ESTRADA DE ALDEIA - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR AGENTE)
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (VÍTIMA)

RECEBIDO

31 JUL 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros meios), que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**

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

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe. CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA Pai NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/11/1989
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 05, RUA SEVERINO MIGUEL DE MOURA, SÍTIO DOS PINTOS, PRÓXIMO AO CAMPO - CEP: 0 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
Licença: **Motoc/Motoc/Motoc/MOTOCICLETA/MONDA/00 125** Objeto apreendido: **NÃO**
Carro: **POSTA - Quilômetros (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

2018-02-21 11:04:00

2018-02-21 11:04:00 - Combustível: **ALCO/GASOL**

NOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade de(s) SR(s) CESAR DARIO PEREIRA DA SILVA, que esteja em posse de(a) SR(s) CESAR DARIO PEREIRA DA SILVA
 Categoria/Modelo: NOTOCICLETA/MONDAKIX 250R Objeto apreendido: Não
 Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **MLY9003** (PERNAMBUCO/SAO LOURENÇO DA MATÁ) Chassi: **0G2M034008R010202**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO KM 07 DA ESTRADA DE ALDEIA, QUANDO VEIO EM ALTA VELOCIDADE O AUTOR, JA TUOINDO DE OUTRA SITUAÇÃO, E, AO SOBERRAR NA CURVA, VEIO ATINGIR A VITIMA, O AUTOR FOI AUTUADO POR ATROELHIA NESTA DELTAGIA LOGO A SEGUIR, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DA CAXANGA, E LOGO, EM SEQUIDA, SEM TER DADO ENTRADA, EQUIPARAO, HOSPITAL DO ESPINHEIRO, ESTE DO SEU PLANO DE SAUDE, NESTE HOSPITAL DEU ENTRADA COM ATENDIMENTO: 14632217, TENDO A VITIMA FICADO EM INTERNAMENTO COM FRATURAS DE FALANGES, TAMBEM LESIONOU O JOELHO, AINDA VAI FAZER RESSONANCIA PARA AVERIGUAR O GRAU DA LESAO, AINDA LESIONOU O PE DIREITO FICANDO INCHADO.

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

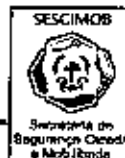
[Assinatura]

TESTEMUNHA TRAJANO DE SANTANA (VITIMA)

3. O, registrado por: **ALEXSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272840-0**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



I - LOCAL DO ACIDENTE

AV/RUA: PE-27 KM 07

BAIRRO:

ALDEIA

MUNICÍPIO: CAMARAGIBE PONTO DE REF.:

ESCOLA MAJOR LELIO

DATA: 08/01/2017

II - HORÁRIO:

17:00 OCORRÊNCIA
17:15 ATENDIMENTO
8:00 LIB. DA VIA
2:00 TÉRM. OCOR.

III - CLASSIFICAÇÃO

☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
2 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA

☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL
☒ COLISÃO ☒ FRONTAL ☐ TRASEIRA
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA

ACID. VERIFICADO COND. VIA CONS. DA VIA COND. TEMPO SEMÁFORO SINALIZAÇÃO
☒ LONGO DA VIA ☒ SECA ☒ PERF. ESTADO ☒ BOM ☐ S/DEFEITO ☐ PERF. ESTADO
☐ CRUZAMENTO ☐ MOLHDA ☐ MAL ILUMINADA ☐ CHUVOSO ☐ C/DEFEITO ☐ NÃO EXISTE
☐ VIADUTO ☐ OLEOSA ☐ MAL CONSERV. ☐ NUBLADO ☐ DESLIGADO ☒ ILEGÍVEL
☐ GIRATÓRIA ☐ OUTROS ☐ ☒ NÃO EXISTE ☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO

☐ AGENTE ☐ PLACA "PARE" MÃO DE DIREÇÃO DIVISÃO DA VIA
☐ F. DE PEDESTRE ☐ PLACA "DE A PREF." ☐ ÚNICA ☒ FAIXA
☐ F. DE RETENÇÃO ☒ NÃO HÁ PLACAS ☒ DUPLA ☐ CANTEIRO
☐ NÃO EXISTE ☐ FAIXA DE PEDESTRE ☐ INGLESA ☐ NÃO EXISTE

VII - IDENTIFICAÇÃO

INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: HONDA XR 250 TORNADO COR: ANO: 2008 PLACA/UF: KLY9063
MUNICÍPIO: SÃO LOURENÇO DA MATA CHASSI: 9C2MD34008R020282 RENAVAN: 9673443552
CONDUTOR: YURE ALEXANDRE P. R. DE SOUZA GRAU DE INST.: SEXO: M IDADE: 25
R.G./UF: 8899635 SDS/PE C.P.F.: ***** CNH/PRONT.Nº:
CNH/CEDULA.Nº: UF: CAT.: VALIDADE: HS. DIREÇÃO:
LOGRADOURO: 2ª TRAVESSA DA GUANABARA N 42 Nº CEP.: *****
BAIRRO: ALBERTO MAIA CIDADE: CAMARAGIBE UF: PE
PROPRIETÁRIO: EDINALDO MENDES DE ARAUJO CPF/CNPJ:
LOGRADOURO: ***** Nº CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: SÃO LOURENÇO DA MATA UF:
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: 906.395.104.34
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA
☐ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☒ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE
TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXAME
☐ NÃO REALIZADO

INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: FIAT PUNTO COR: BRANCA ANO: 2016 PLACA/UF: PCZ9064
MUNICÍPIO: SÃO LOURENÇO DA MATA CHASSI: 9BD11818MG1338244 RENAVAN: 1084066006
CONDUTOR: CÉZAR DARIO PEREIRA DA SILVA GRAU DE INST.: SEXO: M IDADE: 27
R.G./UF: C.P.F.: ***** CNH/PRONT.Nº:
CNH/CEDULA.Nº: 014831239-32 UF: PE CAT.: AB VALIDADE: 18/08/2023 HS. DIREÇÃO:
LOGRADOURO: Nº CEP.: *****
BAIRRO: CIDADE: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE
PROPRIETÁRIO: CPF/CNPJ: 58067868468
LOGRADOURO: ***** Nº CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: UF:
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA
☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE
TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXAME
☒ NÃO REALIZADO

CAMARAGIBE (DISTRITO)
JOSÉ DIONÉZ DOS SANTOS - MAT. 1044

Confere com o original

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15.01.2018
JOSE DIONÉZ DOS SANTOS - MAT. 1044



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO Nº 472047



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X	X		AUTOMÓVEL		X			CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X	X		MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X		X	
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)				
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE				
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)				
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)				
	Km(S)				

DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4	V5

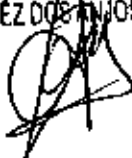
XII - VITIMAS

1	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL:	
2	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL:	
3	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL:	
4	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL:	

CAMARAGIBE (BGT/TRAN)
JOSÉ DÍONEZ DOS SANTOS-MAT. 1044

Confere com o original
[Assinatura]
151 01 10018

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15/01/22
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE

Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade

Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO

N.º 02/2017



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

SR LIVESTONE TRAJANO DE SANTANA, SOCORRIDO MT- 88005058-3 EDSON RODRIGUES SAME, CAMARAGIBE REPASSO A V3 AO SR PAULO TRAJANO DE SANTANA, 105605934 ASS: O INDIVÍDUO DA V1 FOI AUTUADO NA 37 DELEGACIA POR ALCOLEMIA, FICANDO CUSTODIADO NA UPA DA CAXANGA SENDO TRANSFERIDO AO HOSP GETULIO VARGAS. A VITIMA EZEQUIEL FREIRE DA SILVA FOI SOCORRIDO POELO BOMBEIRO MILITAR VT AR626 AB AMITON MT- 707049-7A UPA DA CAXANGA

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____
2.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/12/2017	0.00786.1	ANTONIO SERGIO	CONFORME ORIGINAL

XIX - DIGITAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
08/01/2018	0.0001053	MARIA DA CONCEIÇÃO ROCHA	

XX - TRIAGEM

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
08/01/2018	0.0001044	JOSÉ DÍONEZ	

Confere com o original

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15/01/2018
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044

DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ANEXO AO BOAT Nº

443 / 17

Descreva abaixo como ocorreu o acidente:

1) VEICULO MOTO HONDA PLACA KLY-9063 ANTES DO ACIDENTE BATEU NA FRAZEA DO VEICULO PUNTO-PCZ-9064 MAIS A FRENTE O VEICULO MOTO FUGIU DO LOCAL OS MEMBROS ACENHAM QUE ESTAVA ARMADO, MAIS NAO ESTAVA E FUGIRAM MAIS NA FRENTE ENTRARAM NA CORTA MÃO E BATERAM EM UMA MOTO PFA 2792

Assinatura do Condutor do Veículo

CEZAR DARIO P DA SILVA 098.776.894.80 8675.445.

Assinatura do Condutor

81996776375 PCZ-9064 19/12/2017 17:00HS

Cezar Dario P. da Silva

Caso, verificado

1. O Condutor do Veículo

2. O Condutor do Veículo

3. O Condutor do Veículo

Confere com o original
 [Assinatura]
 19/12/2017

CAMARAGIBE (BOATMAN)
 JOSÉ DÍNEZ ODSALV. MAT. 1044

[Assinatura]

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA, CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15.01.2018
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044

03

01

04

PROCURADORIA

PROCURADORIA

- ☐ ANEXO 1
- ☐ ANEXO 2
- ☐ ANEXO 3
- ☐ ANEXO 4
- ☐ ANEXO 5
- ☐ ANEXO 6
- ☐ ANEXO 7
- ☐ ANEXO 8
- ☐ ANEXO 9
- ☐ ANEXO 10
- ☐ ANEXO 11
- ☐ ANEXO 12
- ☐ ANEXO 13
- ☐ ANEXO 14
- ☐ ANEXO 15
- ☐ ANEXO 16
- ☐ ANEXO 17
- ☐ ANEXO 18
- ☐ ANEXO 19
- ☐ ANEXO 20
- ☐ ANEXO 21
- ☐ ANEXO 22
- ☐ ANEXO 23
- ☐ ANEXO 24
- ☐ ANEXO 25
- ☐ ANEXO 26
- ☐ ANEXO 27
- ☐ ANEXO 28
- ☐ ANEXO 29
- ☐ ANEXO 30
- ☐ ANEXO 31
- ☐ ANEXO 32
- ☐ ANEXO 33
- ☐ ANEXO 34
- ☐ ANEXO 35
- ☐ ANEXO 36
- ☐ ANEXO 37
- ☐ ANEXO 38
- ☐ ANEXO 39
- ☐ ANEXO 40
- ☐ ANEXO 41
- ☐ ANEXO 42
- ☐ ANEXO 43
- ☐ ANEXO 44
- ☐ ANEXO 45
- ☐ ANEXO 46
- ☐ ANEXO 47
- ☐ ANEXO 48
- ☐ ANEXO 49
- ☐ ANEXO 50
- ☐ ANEXO 51
- ☐ ANEXO 52
- ☐ ANEXO 53
- ☐ ANEXO 54
- ☐ ANEXO 55
- ☐ ANEXO 56
- ☐ ANEXO 57
- ☐ ANEXO 58
- ☐ ANEXO 59
- ☐ ANEXO 60
- ☐ ANEXO 61
- ☐ ANEXO 62
- ☐ ANEXO 63
- ☐ ANEXO 64
- ☐ ANEXO 65
- ☐ ANEXO 66
- ☐ ANEXO 67
- ☐ ANEXO 68
- ☐ ANEXO 69
- ☐ ANEXO 70
- ☐ ANEXO 71
- ☐ ANEXO 72
- ☐ ANEXO 73
- ☐ ANEXO 74
- ☐ ANEXO 75
- ☐ ANEXO 76
- ☐ ANEXO 77
- ☐ ANEXO 78
- ☐ ANEXO 79
- ☐ ANEXO 80
- ☐ ANEXO 81
- ☐ ANEXO 82
- ☐ ANEXO 83
- ☐ ANEXO 84
- ☐ ANEXO 85
- ☐ ANEXO 86
- ☐ ANEXO 87
- ☐ ANEXO 88
- ☐ ANEXO 89
- ☐ ANEXO 90
- ☐ ANEXO 91
- ☐ ANEXO 92
- ☐ ANEXO 93
- ☐ ANEXO 94
- ☐ ANEXO 95
- ☐ ANEXO 96
- ☐ ANEXO 97
- ☐ ANEXO 98
- ☐ ANEXO 99
- ☐ ANEXO 100

DE ACORDO

C/ ART 178

DO CTR

Confere com o original
[Signature]
12/01/2018

CAMARAGIBE (BETRAM)
JOSE DIONEZ DOS SANTOS MAT. 1044

[Signature]

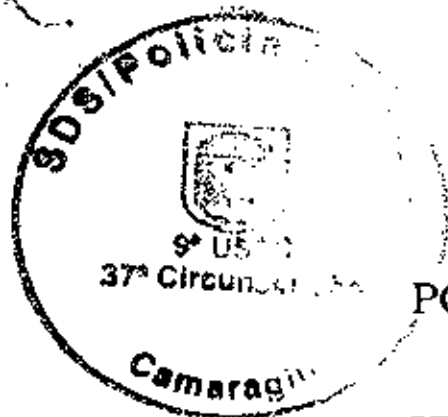
PROCURADORIA

SOCORRADO
RECURSO SE
SOCORRADO

100
101
102
103
104

100
101
102
103
104

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADã E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN *[Handwritten Signature]*
JOSÉ DIONÉZ DOS SANTOS - MAT. 1044



40327/18

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
37ª. CIRCUNSCRIÇÃO – CAMARAGIBE

Ofício nº. 582/2018-SA
BO nº 18E0128001124

Camaragibe, 26 de setembro de 2018.

Senhor Gerente,

Pelo presente, solicito de V. Sa., providências no sentido de ser procedido o competente **EXAME TRAUMATOLOGICO** na pessoa abaixo qualificada:

NOME: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1989

RG nº 8190291 SDS/PE

NACIONALIDADE: BRASILEIRA.

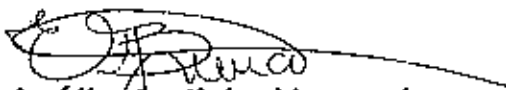
FILIAÇÃO: Não Declarado e Claudeci Trajano de Santana

RESIDÊNCIA Rua Severino Miguel de Moura, nº s/n, Sítio dos Pintos,
Camaragibe/PE.

Esclareço a V. Sª. que a vítima sofreu um acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 19/12/2017 em Estrada de Aldeia, Camaragibe/pe conforme BO acima mencionado.

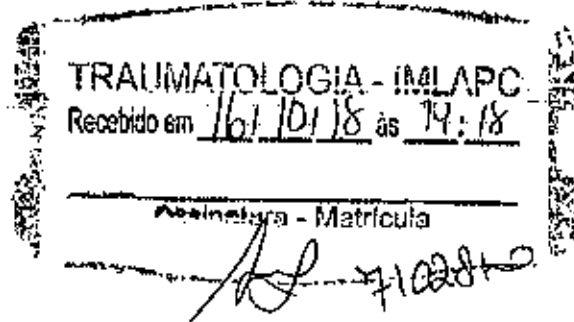
O laudo deverá ser remetido **a DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE**

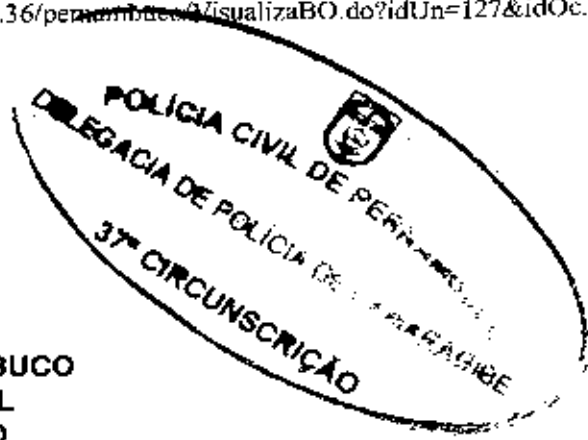
Atenciosamente,


Euricélia Batista Nogueira
Delegada de Polícia
Mat. 296.049-4

Sr.

Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Rua do Pombal, Santo Amaro – Recife/PE.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127001124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2018** às **11:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 07, ESTRADA DE ALDEIA** - Bairro: **ALDEIA**
- **CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**

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

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **20/11/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, 65, RUA SEVERINO MIGUEL DE MOURA, SÍTIO DOS PINTOS, PROXIMO AO CAMPO - CEP: 0 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA2792 (PERNAMBUCO/RECIFE)**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XLX 250R** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLY9063** (PERNAMBUCO/SAO LOURENÇO DA MATA) Chassi: **9C2MD34008R01020Z**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

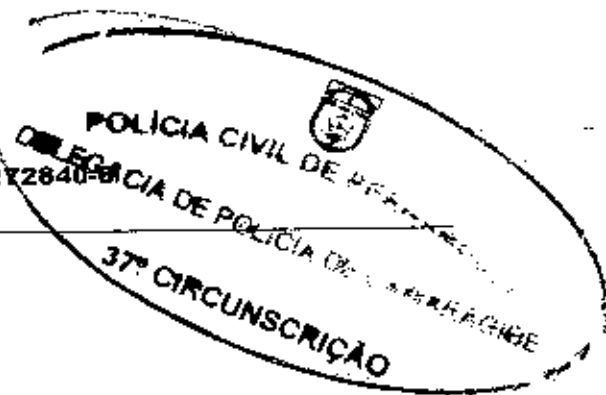
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO KM 07 DA ESTRADA DE ALDEIA, QUANDO VEIO EM ALTA VELOCIDADE O AUTOR, JÁ FUGINDO DE OUTRA SITUAÇÃO, E, AO SOBRAR NA CURVA, VEIO ATINGIR A VITIMA. O AUTOR FOI AUTUADO POR ALCOOLEMIA NESTA DELEGACIA LOGO A SEGUIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DA CAXANGA, E LOGO EM SEGUIDA, SEM TER DADO ENTRADA, FOI PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO, ESTE DO SEU PLANO DE SAÚDE. NESTE HOSPITAL DEU ENTRADA COM ATENDIMENTO: 14689217. TENDO A VITIMA FICADO EM INTERNAMENTO COM FRATURAS DE FALANGES, TAMBEM LESIONOU O JOELHO, AINDA VAI FAZER RESSONANCIA PARA AVERIGUAR O GRAU DA LESÃO. AINDA LESIONOU O PE DIREITO FICANDO INCHADO.

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

X LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
(VITIMA)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-9**





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE
SAMU 192 – BASE DE CAMARAGIBE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente, Livistone Trajano de Santana RG: 8.190.291 SDS-PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 19/12/2017, vítima de colisão moto x moto, em Aldeia no KM 07, no Município de Camaragibe – PE, em seguida foi removido para UPA da Caxangá, e gerada a ocorrência de Nº S.418403.

Camaragibe, 05 de Janeiro de 2018.

Comprovação de ato declaratório



Glenda Sheila
Coordenadora de Saúde
COREN-PE 396.510

Glenda Sheila de Melo

ENFERMEIRA

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descentralizada Camaragibe

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000077741-5

Nr. da Autenticação 40BD10D66C2E41CA

Tarifa Social de Energía Eléctrica Grupos A y B 104/94 de 20/04/02
 COMPENSA ENERGÍA DE SERVICIOS S.A.
 Compensa Energía de Servicios S.A.
 Av. 26 de Enero, 411, San Vito, Rueda, Pinar del Río - CEP 50250-002
 CÚPULA 10.033.832/0001-08 / Tel. Ext. 0002543-403 / info@compensa.cu

DADOS DO CLIENTE
CLAUDEMIR TEJAUANO DE SANTANA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTÔNIO DE VÍTOR LOPES, 100, 1º ANDAR, 13040-000, JARDIM BOA VISTA, SÃO PAULO, SP

CPF 886 274 404 10

THIS PRINTED MATTER IS
RECEIVED
50000-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTRA CONTRATO MEMORANDUM
2598679013 06/2019

Nº DA NOTA FISCAL	OSPAR	PERÍODO
087544417	UNICA	25/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA IDENTIFICAÇÃO
25/09/2018	7001401514	28977898

03/07/2019 - 28/07/2019 ...

280.95

Consumo Abaco/WH; Acréscimo Sobre em AMARELA Contas Ann Públicas Municipais ICMS Subvenções CDE nº DEB077573-2004/18

QUANTITY	PRICE (C)	VALUE (C)
341,000,000	0.74193879	253.00
		0.00
		21.66
		2.36

Comprovante de residencia



TOTAL DA FATURA

SECRET

1945-1946

Nº DO MEDICAMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	COMPRIMENTO	AVALIAÇÃO	CONSUMO (mg)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
INSULINA	CAT	28-05-2018	48,452g	28-05-2018	46,173g	29	1,279g		42,279

[illegible]

CBEM A754 A851 E9AF ZL AS 274E ZYBB N091

1. Nome do beneficiário: JOÃO DA SILVA
 2. CPF: 123.456.789-01
 3. Endereço completo: Rua das Flores, 123 - Centro - São Paulo/SP
 4. Cidade: São Paulo Estado: SP
 5. Data de nascimento: 10/05/1980
 6. Sexo: M
 7. Profissão: Engenheiro
 8. Assinatura: [Assinatura]
 9. Assinatura do responsável: [Assinatura]
 10. Assinatura do beneficiário: [Assinatura]
 11. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 12. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 13. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 14. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 15. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 16. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 17. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 18. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 19. Assinatura do representante legal: [Assinatura]
 20. Assinatura do representante legal: [Assinatura]

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leirivstone Trajano de Santana

RG nº 8190291, data de expedição 26/07/11, Órgão SDS-PE

CPF nº 095908914-46, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vereador Petrus Camara</u>
Número	<u>36</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Sítio dos Pintos</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52171-445</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 988614575</u>
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Lourenço da Mata, 04/10/19

Assinatura do Declarante: Leirivstone Trajano de Santana



Fatura Mensal

(Pág.: 01/02)

ibiCard

m m CTC RECIFE PE PLS
ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA
RUA VEREADOR PETRUS CAMARA 00016
SITIO DOS PINTOS
52171-445 RECIFE PE

Cartão 5342.46**.*0049

Data	Descrição	Crédito	Débito
07/08	Saldo Anterior		770,47

Movimentações Nacionais em Reais (R\$)

ALEXANDRE T SANTANA Nº 5342.46**.*0049

25/03	ANUIDADE TITULAR	06/12	11,89
27/03	CB FL 2116 CAMARAGIB	CAMARAGIBE 05/08	32,08
27/04	FIGUEIRAS CALÇADOS	CAMARAGIBE 04/10	55,48
27/04	O SOTICARIO	CAMARAGIBE 04/05	34,14
02/05	PAG*Jdprimevera	CAMARAGIBE 04/10	44,00
08/05	PETROCAL IPUTINGA	RECIFE 03/03	33,33
15/05	PET GATI	RECIFE 03/04	89,00
28/05	F INDEP LOJA CAMARA	CAMARAGIBE 02/05	23,42
28/05	PHOTOSHOP IMAGEM E VIO	CAMARAGIBE 02/02	25,50
09/07	C L BATISTA FARMACIA M	CAMARAGIBE 02/02	23,36
24/07	MERCADINHO PRIMAVERA	CAMARAGIBE	5,87
25/07	GENFARMA	CAMARAGIBE	9,00
25/07	MERCADINHO MAX CARMELO	CAMARAGIBE	19,99
26/07	MERCADINHO PRIMAVERA	CAMARAGIBE	4,85
26/07	FARMACIA P TRAB	CAMARAGIBE	6,50
26/07	PAG*TsorioConfecções	CAMARAGIBE	54,80
27/07	MERCADINHO PRIMAVERA	CAMARAGIBE	17,39
27/07	FRIGORIFICO PRIMAVERA	CAMARAGIBE	44,24
27/07	POT VOLTA AO MUNDO 2	CAMARAGIBE	20,00
27/07	PLANO OI	RIO DE JAN	39,88
28/07	PAGAMENTO RECEBIDO - OBRIGADO		770,47-

Juros da(s) Parcela(s) de Compra R\$ 0,00
Juros da(s) Parcela(s) de Saque R\$ 0,00
Juros de Fatura Parcelada/Parcelado Fácil R\$ 0,00

IBICARD IBI MASTERCARD NACIONAL ET
Vencimento 07/09/2019
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 24/09

Central de Atendimento

REG.METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Crédito			
Compras R\$ 3.820,00	Seque R\$ 766,00	Parcelado* R\$ 0,00	
Juros Remuneratórios	% a.m.	% a.s.	CET a.s.
Crédito rotativo	15,50%	463,82%	498,81%
Parcelado rede	7,99%	151,54%	167,06%
Parcelado loja	7,99%	151,54%	167,06%
Retirada/seque m	13,50%	357,04%	385,28%
Parcelamento da fatura	13,50%	357,04%	385,28%
m Será cobrada tarifa de até R\$ 16,00 por operação.			
* Multa	2,00% a.m.		
* Juros de mora	1,00% pro rata		
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 14,50 % * CET ao ano 439,17 %			
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).			

Saldo Anterior (R\$)	Crédito e Pagamento	Débitos	Total Nacional	TOTAL DESTA FATURA	PAGAMENTO MÍNIMO	PARCELAMENTO DA FATURA
770,47	-	770,47	+ 726,46	=	726,46	
Saldo Internacional (US\$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US\$)	Total Internacional			
0,00	*	0,00	=	0,00	R\$ 726,46	R\$ 117,00

11/36X

Em caso de pagamento inferior ao valor total, haverá cobrança de encargos do crédito rotativo apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago. No caso de pagamento mínimo, na próxima mês serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 88,37. Se já optou pelo rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao total, o saldo remanescente poderá ser parcelado em até 24 vezes. Dúvidas, contate a Central de Atendimento.

Operações financeiras geram cobrança de impostos (inclusive IOF).

Bradesco | 237-2 | 23792.37403 90210.791324 02007.649003 1 00000000000000

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA /021.744.424-50 /RUA VEREADOR PETRUS CAMARA ,00016/SITIO DOS PINTOS /RECIFE -PE/52171-445				
Secador/Assinante				
Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(*) Valor Pago
02107913202	00002353	07/09/2019	R\$ 726,46	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço BANCO CBSS S/A CNPJ:27.098.060/0001-45 / Alameda Rio Negro, 161- 1º andar- Alphaville - Barueri - SP.				
Agência/Código do Beneficiário 2374/0076490-6			Autenticação Mecânica	

SAC: 0800 333 8735 / SAC Deficiente Auditiva: 0800 333 8736 / Ouvidoria : 0800 333 1474

Bradesco | 237-2 | 23792.37403 90210.791324 02007.649003 1 00000000000000

Local de Pagamento TODA A REDE BANCARIA E LOJAS IBI					Data de Vencimento 07/09/2019	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço BANCO CBSS S/A CNPJ:27.098.060/0001-45 / Alameda Rio Negro, 161- 1º andar- Alphaville - Barueri - SP.					Agência/Código do Beneficiário 2374/0076490-6	
Data do Documento	Nº do Documento	Espécie DOC	Assin	Data Processamento	Nosso Número	
07/09/2019	00002353	RECIBO	N	26/08/2019	02107913202	
Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	xValor	(*) Valor do Documento	
244	09	R\$			R\$ 726,46	
Informações de responsabilidade do beneficiário CIP - 000 PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS LOJAS IBI OU EM QUALQUER AGENCIA BANCARIA. OS ENCARGOS PROVENIENTES DE PAGAMENTO ROTATIVO OU DE ATRASO, SERAO COBRADOS NA PROXIMA FATURA.					(-) Desconto/Abatimento *****	
SR CAIXA: RECEBER ATÉ 22/09/2019, APÓS ESTA DATA, PAGAVEL SOMENTE NAS LOJAS IBI OU AGENCIAS DO BANCO BRADESCO.					(*) Juros/Multa *****	
					(*) Valor Pago	
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA /021.744.424-50/RUA VEREADOR PETRUS CAMARA ,00016/ /SITIO DOS PINTOS /RECIFE /PE/52171-445						
Secador/Assinante/CNPJ/CPF						

2379100000000000002374090210791320200764900

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/12/2017 14:53:55

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9420787	LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	M	20/11/1989	28
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	9590891448		1-CASADO	
Endereço				
R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE-PE CEP:50950150				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Documentação médico - hospitalar



Setor			
300360-RECEPCAO EMERGÊNCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
20/12/2017	00:21		
Médico Atendente		Clínica	
1434063 LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
1434063 LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR		8 DAYCLINIC INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano AUTO NORTE DISTRIBUIDORA DE PECAS LTDA	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
B4488000107000011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
11105514	99996666	C56595045	INTERNACAO
11105514	30722411	C56595045	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO
11105753	32030126	183468582	MAO OU QUIRODACTILOS

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/12/2017 00:48

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA Dt. Nasc.: 20/11/1989 Atendimento: 14689217 Pronto-socorro: 9420787
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/1

Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS, MEDICO CRM 12404/RJ Nº: 07147217 20/12/2017, às 00:46

DIAGNÓSTICO		
Diagnóstico Clínico	S626	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S626	[1]
DADOS DA CIRURGIA		
Data Da Cirurgia	20/12/2017	[1]
Hora Da Cirurgia	00:46	[1]
Cirurgia	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE COM PINAGEM INTRAMEDULAR	[1]
Cirurgião	DR LEONARDO PINHEIRO	[1]
Anestesiata	DR ALEXANDRE REIS	[1]
Instrumentador	CLAUDIA PATRICIA	[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCAL 02. ASSEPSIA, ANTI-SEPSIA, CAMPOS CIRURGICOS 03. REDUÇÃO DA FRATURA COM TRAÇÃO 04. FIXAÇÃO COM 2 FIOS-K INTRAMEDULARES ENTRANDO PROXIMAL EM F1 DO 3º QD 05. RADIOSCOPIA DE CONTROLE OK 06. CURATIVO + SPLINT METALICO	[1]

Leonardo Pinheiro
TRAUMATO-ORTOPEDIA
CIRURGIA DA MÃO
CEL 17.6541.8807 10.570

B

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 20/12/2017 00:44:40

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		Dt. Nasc.: 20/11/1989		Atendimento: 14689217		Prontuário: 9420787	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 8651869		20/12/2017 às 00:42			
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE		Leito: 300541/1		Peso: 85.00 kg			
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE				24/24h ORAL			
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 1680 ml		14.00 gts/min		Acesso Periférico	
RINGER COM LACTATO		35.21 ml/Kcal/dia		1000 ml			
3. CEFALOTINA (1.00g)		1 g		1 FRAP(C/1GR)		6/6h EV	
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml					
4. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10MG)/8h		EV	
Água Destilada		18 ml					
5. DÍPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL C/500MG)/6h		EV	
Água Destilada		18 ml					
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		50 mg		1 ML (AMPL C/50MG)/8h		EV SN	
Soro Fisiológico 0.9%		50 ml					
7. OMEPRAZOL (40.00mg)		40 mg		1 FRAP(C/40MG)		24/24h EV	
Água Destilada		18 ml					
8. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)		250 UI		1 ML (AMPL C/250UI)/8h		IM	
9. CURATIVO MEDIO SF LAZEL ACOCHOADA						APLICAR 01 AMP	
10. LINCAO C/ TELCO						IM DOSE ÚNICA	
11. SERA'S VITAIS		6/6h					
12. CUIDADOS GERAIS		6/6h					
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA							

Conrado Pinheiro
 ORTOMATO-ORTUPEDIA
 CIRURGIA DA MÃO
 CRM 17.894 / SBO 13.575

RP1541

ALEXANDRE HENRIQUE THIRIONZINOS JR

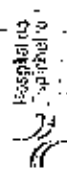
10.1.32.204

Mauro Oliveira
 Enfermeiro
 COREN: 609690

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA Dt. Nasc.: 20/11/1989 Atendimento: 14689217 Prontuário: 9420787
 Convenio: HAPVIDA Nº Prescrição: 0008651869 20/12/2017 às 00:42
 Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HE Leito: 300541/1 Peso: 85.00 kg

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	24/24h	ORAL	06:00		
2. Hidratação Venosa	Vol. Totak	1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico	01:00
RINGER COM LACTATO	35.71 ml/Kcal/dia	1000ml			
3. CEFALOTINA (1.00g)	1g	1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV	06:00
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml				
4. PLAMET (5.00mg/ml)	10mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	03:00
Água Destilada	18 ml				
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	06:00
Água Destilada	18 ml				
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	03:00
Soro Fisiológico 0.9%	50 ml				
7. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00
Água Destilada	18 ml				
8. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)	250UI	1 ML (AMPL C/250UI)	Agora	IM	06:00
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA					06:00
10. PUNÇÃO C/ JEICO					06:00
11. SINAIS VITAIS	6/6h				06:00 : 12:00 : 18:00
12. CUIDADOS GERAIS	6/6h				06:00 : 12:00 : 18:00



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Emissão: 20/12/2017 00:55:08

Paciente: ELIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Di. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689217	Prontuário: 9420787
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0008651869	20/12/2017 às 00:42	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 30054111	Peso: 85.00 kg	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
13-CURATIVO COM ATADURA E GAZE			
ACOCHOADA PEQUENO			

Reservado para o SMO
ENTEROFIX
Ass.

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
 ☒ Indica item checado.

Junilma Brito
Coordenadora de Enfermagem



Hospital do Espinheiro

Paciente: LUIZOTONE TRAJANO DE SANTANA
Data: 06/12/12

EVOLUÇÃO

HD:

Paciente evolui estável, sem queixas e sem intercorrências.

EF: EGB, a, a, a, hidratado, corado, consciente e orientado

ACV: RCR BNF 2T SS

AR: MV+ AHT SRA

AB: Inocente

CD: Suporte Clínico

Mantenho demais condutas

ALTA MÉDICA

M. B. M.

Dr. José Adolfo Uri
Médico
CRM-PE 23077



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 24/01/2018 15:53:58

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		Dt. Nasc.: 20/11/1989		Atendimento: 14888114		Prontuário: 9420787	
Convênio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 8851867		19/12/2017 às 21:58			
Posto: PÓSTO EMERGÊNCIA - HE		Leito: 3002129		Peso: kg			
1. KEFAZOL (1.00g)	1 g	1 FRAP (C1GR)	Agora	EV			
Agua Destilada		10 ml					
2. KEFAZOL (1.00g)	1 g	1 FRAP (C1GR)	Agora	EV			
Agua Destilada		10 ml					
3. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	Agora	EV	25.00 gts/min		
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml					
4. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)	250 UI	1 ML (AMPL C/250UI)	Agora	IM			
5. SORO FISIOLÓGICO 0.9% (0.01g/ml)	500 ml	(TUBO C/6GR)	Agora	EV			
6. PUNÇÃO C/JELCO			Agora				
7. CURATIVO COM ATAQUE E GAZE ACOCHOA			Agora				
8. ERATUBAS DE FALANGES OU METACARPIANO	1	24/24h					
9. SUTURA SIMPLES			Agora				

RP1341

DANILLO DE SOUZA BRANDAO

24/01/2018 15:53

(0.1.22.0)

NOME: LIVISTONE TRAJANO

RECEITUÁRIO MÉDICO PÓS-CIRÚRGICO

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 CARTELAS
Tomar 2 comp de 06 em 06 horas por 7 dias ou enquanto dor

-----OU-----

2) PARACETAMOL (500mg) ----- 2 CARTELAS
Tomar 1 comp de 06 em 06 horas por 7 dias ou enquanto dor

3) IBUPROFENO (400mg) ----- 1 CX.
Tomar 1 comp. de 08 em 08 horas por 5 dias para dor

>> RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, A PARTIR DAS 11:00 HORAS, NA HAPCLÍNICA RECIFE, NA RUA DO ESPINHEIRO, MEDIANTE MARCAÇÃO PRÉVIA PRESENCIAL, OU REALIZADA POR ALGUM PARENTE COM A CARTEIRINHA DO USUÁRIO.

OBS.:

1. Não há necessidade de troca de curativo até o dia da revisão;
2. Manter o membro elevado;
3. Movimentar livremente os dedos;
4. Não tomar medicações em caso de alergia;
5. Qualquer problema procurar urgência do Hospital do Espinheiro.

Recife, 20 de dezembro de 2017


Leonardo Pinheiro
TRAUMATOLOGIA / ORTOPIEDIA
CIRURGIA DA MÃO
CRM 17.884 / SBOT 13576

Dr. Leonardo Pinheiro
CIRURGIA MÃO / ORTOPIEDIA
CRM 17.884 / SBOT 13576

Rua do Espinheiro, Nº 222, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 2138-2964

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

24/01/2018 15:53

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Ot. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689114	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/9	

Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JUNIOR CRM 19647 (1)	Nº: 07146380	19/12/2017	às 23:02
---	--------------	------------	----------

EVOLUÇÃO

Evolução Ambulatorial Pós-Terapêutica

FRATURA EXPOSTA DO 3 QDD. FERIMENTO EM PÉ DIREITO DE +
1CM. REALIZADO, LIMPEZA + SUTURA + CURATIVO

[1]

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

24/01/2018 15:53

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689114	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Linha: 300212/9	

Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JUNIOR CRM 19647 [1]	Nº: 07145609	19/12/2017	às 21:53
---	--------------	------------	----------

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal

RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM MÃO E JOELHO DIREITO. NEGA DESMAIO, VÔMITOS, DOR DE CABEÇA, SEM DOR CERVICAL.

[1]

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

CID10

S626 FRAT DE OUTR DEDOS

[1]

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/12/2017 00:52

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA Dt. Nasc.: 20/11/1989 Atendimento: 14689217 Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 112-P2/2

Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS MEDICO ORTOPEDIA (CRM 1240413) Nº: 07147221 20/12/2017 às 00:49

DIAGNOSTICOS

CID10 S626 FRAT DE OUTR DEDOS (1)

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS

Cirurgia Realizada OSTEOSÍNTese DE FRATURA DE FALANGE COM PINAGEM INTRAMEDULAR (F1 DO 3º QDD) (1)

Cirurgião LEONARDO PINHEIRO (1)

Data Da Cirurgia 20/12/2017 (1)

ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientações Diversas 1) RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, A PARTIR (1)

Data - 26/12/017

horário - 11:45

- 2) O RETORNO DEVERÁ SER MARCADO PRESENCIALMENTE, COM ANTECEDÊNCIA;
- 3) NÃO TROCAR CURATIVO
- 4) QUALQUER PROBLEMA PROCURAR A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO;
- 5) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;

ALTA MEDICA

Leonardo Pinheiro
TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO
CRM 11.324 / SUCOT 12.575



Hospital do
Espinheiro
Traumato-
Ortopedia e Cirurgia

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

Nº Pedido: 8165464

Data 17/01/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereço...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) FELIPE NUNES DA SILVA

Queixa Principal:

Exame:

RX MAO DIREITA

!1v3Ü8

1483169821

RELATÓRIO:

- Fios metálicos fixando fratura na diáfise da falange proximal do 3º dedo.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE



Hospital do
Espinheiro
Traumatologia
Ortopedia e Cirurgia

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 8060095

Data 19/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereco...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266.VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) LUIZ MARCELO CORREI

Queixa Principal:

Exame:

RX MÃO DIREITA

!1g~18'

1468911421

RELATÓRIO:

- Fratura complexa na falange proximal do 3º dedo sem desvios apreciáveis.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereco...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) LUIZ MARCELO CORREI

Queixa Principal:

Exame:

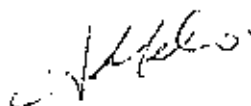
RX JOELHO DIREITO

!1g~19'

1468911422

RELATÓRIO:

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações radiológicas.
- Relações articulares normais.



DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891448

Endereco...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) ALEXANDRE HENRIQUE

Queixa Principal:

FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXACAO

Exame:

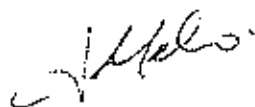
RX MÃO DIREITA

!1gÄ4B

1468921731

RELATÓRIO:

- Fios metálicos fixando fratura na diáfise da falange proximal do 3º dedo.



DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE



COPIA AUTENTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PÉRSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 27691 / 2019

REFERENTE AO LAUDO Nº 1/2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 037A. CIRCUNSCRICAO - CAMARAGIBE
Ofício nº. 080 / 2019 Data 28 / 6 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 037A. CIRCUNSCRICAO - CAMARAGIBE

O médico legista abaixo-assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:10 do dia 28 de Junho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA filho(a) de PAI NÃO DECLARADO e de CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), apresentando a idade de 29 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 8190291, profissão CONFERENTE, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Colisão de moto com moto, no dia 19.12.2017, atendido na UPA e depois HAPVIDA. Operado com diagnóstico de fratura de falange proximal do 3º quirodáctilo da mão direita, e luxação do joelho direito. Portador de esclerose múltipla com grave do quadro após o acidente e dependendo de cadeira de rodas.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: Cicatrizes antigas nas regiões dorso da falange proximal do 5º quirodáctilo da mão direita, medindo (02) dois, centímetros de extensão, e dorso de punho direito, medindo área de (8 x 5) oito por cinco centímetros de área. Cicatriz do do pododáctilo direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

CONCLUSÃO: Lesões corporais produzidas por instrumento contundente.
SIM, SEQUELA DA MÃO DIREITA.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periclando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim, deformidade permanente de abdução do 3º quirodáctilo, da mão direita.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periclando está restabelecido?

Sim.

Assinado 2696606

CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^o. ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA -
CRM 4973.

Perito responsável

Assinatura
Ruijard 2696606

Assinatura
Ruijard 2696606

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465412 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA **Data do acidente:** 19/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA. PG13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Leiviston Trazano de Santana
Data do Acidente: 19.12.17 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 095908914-46

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Leiviston Trazano de Santana

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

E-mail: leivistontrazano20@gmail.com CPF do portador: 095908914-46

Data: 30/07/19 Assinatura: Leiviston Trazano de Santana Tel.: 88 98861455 / 992508460

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AE Camargo Gibel 1 PE

Atendente: Maruana Teixeira da Silva Matrícula: 85082240

Data: 30/07/19 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF: 095.908.914-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/12/2017

Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE
SANTANA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

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 cancela 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: 06/08/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF: 095.908.914-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 19/12/2017

Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

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: 06/08/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19

Número do Sinistro: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF: 095.908.914-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 19/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO