



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

RG nº 9.033.582, data de expedição 35/04/2013, Órgão SDS-PE

CPF nº 113.884.324-55, venho perante a este Instrumento declarar que não possui 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>RD UM</u>
Número	<u>343</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>COHAB</u>
Cidade	<u>JATUBA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55380-000</u>
Telefone de Contato	<u>85-99409-3354 / 85-9.9832-9777</u>
E-mail	<u>M-JANDDIR@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Lócal e Data: Boa Vista - PE 03 de Junho de 2017

Assinatura do Declarante: Jose Enrique dos Santos

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 56.060-010

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE EDUARQUE DOS SANTOS

RG nº 9.031.582, data de expedição 25/04/2013, Órgão SDS-PE

CPF nº 335.884.324-55, 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>RD UM</u>
Número	<u>343</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>COHAB</u>
Cidade	<u>JATUBA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55380-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-99409-3354 / 83-9.9832-9777</u>
E-mail	<u>A.JAL-DOU@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Boa Vista-PE 03 de Junho de 2017

Assinatura do Declarante: Jose Eduarque dos Santos

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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



INSTITUTO DE LICITAÇÃO E PREÇOS
CNPJ 06.940.888/0001-41
RUA DA AURORA, Nº 375, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROCESSO DE LICITAÇÃO
Nº 002.494/0001-41

EDITAL Nº 001/2017
DE 14/03/2017

CPF 002.494/0001-41

INSCRIÇÃO Nº 001/2017
DE 14/03/2017

CLASSIFICAÇÃO
DE PREÇOS
Nº 001/2017
DE 14/03/2017

401.227.0243 03/2017

24/03/2017 17/04/2017

Item	Descrição	Valor
01	...	...
02	...	...
03	...	...
04	...	...
05	...	...
06	...	...
07	...	...
08	...	...
09	...	...
10	...	...
11	...	...
12	...	...
13	...	...
14	...	...
15	...	...
16	...	...
17	...	...
18	...	...
19	...	...
20	...	...
21	...	...
22	...	...
23	...	...
24	...	...
25	...	...
26	...	...
27	...	...
28	...	...
29	...	...
30	...	...
31	...	...
32	...	...
33	...	...
34	...	...
35	...	...
36	...	...
37	...	...
38	...	...
39	...	...
40	...	...
41	...	...
42	...	...
43	...	...
44	...	...
45	...	...
46	...	...
47	...	...
48	...	...
49	...	...
50	...	...

43,66

Valor Total
R\$ 43,66

DESCRIÇÃO

Item	Descrição	Valor	Valor Unit.	Valor Total
01	...	...	...	...
02	...	...	...	...
03	...	...	...	...
04	...	...	...	...
05	...	...	...	...
06	...	...	...	...
07	...	...	...	...
08	...	...	...	...
09	...	...	...	...
10	...	...	...	...
11	...	...	...	...
12	...	...	...	...
13	...	...	...	...
14	...	...	...	...
15	...	...	...	...
16	...	...	...	...
17	...	...	...	...
18	...	...	...	...
19	...	...	...	...
20	...	...	...	...
21	...	...	...	...
22	...	...	...	...
23	...	...	...	...
24	...	...	...	...
25	...	...	...	...
26	...	...	...	...
27	...	...	...	...
28	...	...	...	...
29	...	...	...	...
30	...	...	...	...
31	...	...	...	...
32	...	...	...	...
33	...	...	...	...
34	...	...	...	...
35	...	...	...	...
36	...	...	...	...
37	...	...	...	...
38	...	...	...	...
39	...	...	...	...
40	...	...	...	...
41	...	...	...	...
42	...	...	...	...
43	...	...	...	...
44	...	...	...	...
45	...	...	...	...
46	...	...	...	...
47	...	...	...	...
48	...	...	...	...
49	...	...	...	...
50	...	...	...	...

JS.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

14/03/2017

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

40030

UCLA

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF⁷.

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

Pelo exposto, eu Marcos José de Araújo, portador(a) do
RG nº 9993.962, expedido por SDS/PS, em
05 / 04 / 2013 CPF/CNPJ nº 396.058.134-15,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) 2016
ENRIQUE JOSÉ DOS SANTOS do sinistro de DPVAT da natureza INJURIA
da vítima 2016 ENRIQUE JOSÉ DOS SANTOS, e conforme
determinação de Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recursos - 02 Renda Mensal: R\$ Recursos - 02

Documentos comprobatórios: Quitação

Mário José L. Aguiar
ASSINATURA - PROCURADOR INTERMEDIÁRIO

05.802.4947/0001-42
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AUG. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.050-010
RECIFE-PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHO

RG nº 8853962, data de expedição 29.09.2009

Órgão SDS.PE, portador do CPF nº 129.960.774-82 com domicílio na cidade de DATAUBA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DA PAULO PESSOA GUERRA, nº S/N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE ENRIQUE DOS SANTOS, cujo o condutor era

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA XRE 190

Ano: 2016

Placa: PE6 5659

Criassi: 922 MD4700 GR005721

Data do Acidente: 08-05-2017

Local e Data: 27-06-2017

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

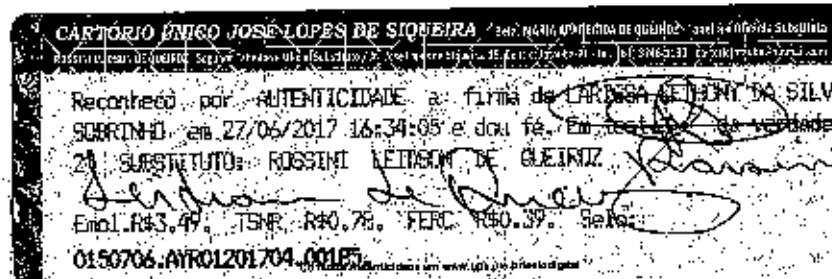
19 JUL. 2017

Larissa Kethony da Silva Sobrinho

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

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

RECIFE-PE





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHO

PC nº 8853962, data de emissão 29.09.2009

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 129 960 274-82 com

domicílio na cidade de JATAUBA, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DR PAULO PESSOA GUERRA, nº 514,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE ENRIQUE DOS SANTOS, cujo o condutor era

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA XRE 790

Ano: 2016

Placa: PE 6 5659

Crastr: 922 MD 4700 GR005727

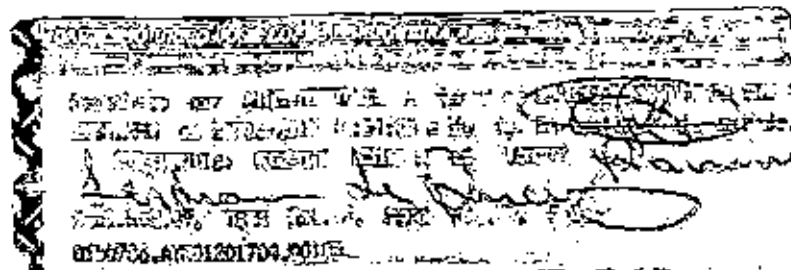
Data do Acidente: 08-05-2017

Local e Data: 22-06-2017

Assinatura do Declarante

Larissa Kethony da Silva Sobrinho

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



05.802.494/0001-4.

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data do Atendimento 08/05/2017
Hora do Atendimento 13:48:48



Paciente JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Cartão SUS: 162.631.107.170.002

Sexo: M Data de Nascimento: 11/09/1993 Idade: 23 ano(s), 7 meses e 27 dias Nº Prontuário: _____

Profissão: ESTUDANTE

Filiação: Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ERONILDO DOS SANTOS

Endereço: RUA RUA PROJETADA

Nº S/N

Bairro: COHAB

DDD: Fone: CEP 55180000 JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: POR AMBULANCIA

Recepção: LUCINEIDE DE SOUZA

Técnico de Enfermagem MARIA CLEONICE RIBEIRO

Médico(a): DR. FELIPE M. MONTEIRO

Pressão Arterial: x Pulso: Temperatura: Peso: _____

Doenças Condições Referidas e ou Alergias: *

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trajeto () 36 Violência

Descrição:



Histórico da Doença Atual:

Portador de acidente vascular cerebral e sequelas de captação
6 meses 15, após de um AVE.
O mesmo sofreu infarto de desbrida aterosclerose

Diagnóstico Provisório

Acidente vascular cerebral

Conduta:

Observação:

1. Voltar 75% e 100% de recuperação
2. Soluções Rx de 100%
3. Soluções unidas e unidas de 100%
por futura ocorrência de infarto
10 JUL 2017

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

* 21/01/2016 * 12/11/2015 * 04/04/2015 QUEIMADURA

Última Conduta Realizada:

21/01/2016

UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA

C. N. P. J 10.091.544/0001-60

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N

Centro - Jataúba - PE - CEP 55.180-000

Rua da Aurora, Nº 175 - Jataúba - PE

Boa Vista - CEP: 50.060-410

RECIFE-PE

Tipo de Atendimento: () Urgência/Emergência () Ambulatório

Data da Liberação do Paciente: ____/____/____ Hora: ____h

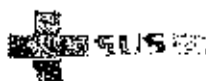
Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Carimbo e Assinatura do Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepcionista



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Pernambuco

92/02/01/2015

Nº Atendimento 352637
Data do Atendimento 02/01/2015
Hora do Atendimento 22.16.20

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Paciente JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) 162631107170002 Proprietário:

Sexo: M Data de Nascimento: 11/09/1993 Idade: 21 ANO(S)

Profissão: ESTUDANTE

Filiação: Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ERONILDO DOS SANTOS

Endereço: RUA RUA PROJETA

Nº S/N JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: O MESMO

Recepcionista: ISADORA ARIELLE GONÇALVES DE SOUZA

Técnico de Enfermagem ADEILINO JOSÉ DA SILVEIRA

Médico(a): D^a FERNANDA LEILA

Pressão Arterial: x Pulso: Temperatura: Peso:

Doenças Condições Referidas e ou Alergias:

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trejeto () 36 Violência

Descrição

Histórico da Doença Atual

Paciente relata batem com pé direito após colidir
e muro.

Diagnóstico Provisório

Trauma
Condição: Volverem IMP IM
Imobilização

Observação:

92.50hs

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

* 21/04/2014 * 19/04/2014 * 01/02/2014 H.A.S

Último Conduta Realizada:

21/04/2014 -

UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA
C. N. P. J 10.091.544/0001-60
Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N
Centro - Jataúba - PE - CEP 55.180.000

Data da Liberação do Paciente: ____/____/____ Hora: ____:____:____ h

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a)

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermeiro

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS

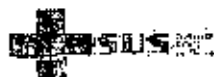
10 JUL. 2017

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81) 3746-1151 Fax (81) 3746-1132 Jataúba - PE CEP 55.180-010
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

RECIFE-PE



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

CNS/Registro: 162.631.187.178.002

Sexo: M Data de Nascimento: 11/09/1993

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores semelhantes

Filiação: Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ERONILDO DOS SANTOS

Endereço: RUA RUA PROJETADA

Nº S/N JATÁUBA - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnostico Provisorio	IDADE
0000133414	13/05/2008	VIROSE	14 ANO(S)
0000154788	14/02/2009	DIARRÉIA AGUDA	15 ANO(S)
0000163400	24/05/2009	AMIDALITE	15 ANO(S)
0000187876	13/03/2010	ODONTALGIA	16 ANO(S)
0000213133	13/01/2011	D.S.T	24 ANO(S)
0000213134	13/01/2011	IVAS	29 ANO(S)
0000213762	20/01/2011	IVAS	17 ANO(S)
0000216227	16/02/2011	TRAUMA MÃO ESQUERDA	17 ANO(S)
0000216723	22/02/2011		17 ANO(S)
0000218009	08/03/2011	ORIENTAÇÃO	17 ANO(S)
0000232755	10/08/2011	DDA	17 ANO(S)
0000240086	30/10/2011	QUEDA DE MOTO	18 ANO(S)
0000256172	07/04/2012	AMB	18 ANO(S)
0000266795	07/08/2012	SIND. FEBRIL	18 ANO(S)
0000274822	04/11/2012	AMIGDALITES	19 ANO(S)
0000280685	14/01/2013		19 ANO(S)
0000289467	21/04/2013	AMB.	19 ANO(S)
0000291275	10/05/2013	TRAUMA	19 ANO(S)
0000293405	26/05/2013	AMIGDALITES	19 ANO(S)
0000311035	15/11/2013	QUEDA DE MOTO	20 ANO(S)
0000311438	19/11/2013	AMBULATORIO	20 ANO(S)
0000318127	31/01/2014	HAS	20 ANO(S)
0000318192	01/02/2014	H.A.S	20 ANO(S)
0000325961	19/04/2014		20 ANO(S)
0000326121	21/04/2014		20 ANO(S)
0000352637	02/01/2015	TRAUMA <i>ESSA</i>	21 ANO(S)
0000361536	04/04/2015	QUEIMADURA	21 ANO(S)
0000388267	12/11/2015		22 ANO(S)
0000396051	21/01/2016		22 ANO(S)
0000440371	08/05/2017	ACIDENTE AUTOMOBILISTICO <i>ESSA</i>	23 ANO(S)
0000442700	29/05/2017		23 ANO(S)

05.802.494/0002-4

TRACÃO CORREYOKA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, St 902 BL

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

HORARIO: INICIO: 09 : 00 FINAL: 0 : 00

[illegible]

Rua da Aurora, Nº 151 - São Paulo
Boa Vista - CEP. 50.060-010
RECIFE-PE

PACIENTE: João H. dos Santos
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 9/5/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Godofredo
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: João TIPO DE ANESTESIA: Bloco
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur
 TIPO DE OPERAÇÃO: Redução e fixação
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: O mesmo
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: Fratura de fêmur

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

Não ocorreu

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- (1) fratura de fêmur
- (2) fratura de fêmur
- (3) coxa de gnyles
- (4) Redução
- (5) Fratura
- (6) Silencios + gnyles
- (7) fratura

05.802.494/0001-4

RAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOME	IDADE:	CONVÊNIO:
ALA:	LEITO:	MÉDICO:

DATA: / /	DATA: 10 / 05 / 17
MANHA	Paciente pós-op. sufri com consciência, orientado, agido 55 UU presen- tes nos exames.
TARDE	
NOITE	

05.802.294/0001-
TRAFIC COMERCIAL
DE SEGURANÇA LTDA
Rua da Bahia, nº 175, St. 902-404-4
Boa Vista - CEP: 50.060-210
RECIFE-PE

Paciente interna para procedimento cirúrgico
09/05. dieta grs após 24h.

Assinatura de Silva Lima
Téc. de enfermagem
CURTAEN-PB 052477159

NOME:

DATA:

LIGADO(H):

ASS:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

Pacote

DATA:

RECEBADO(H):

ASS:

DIAGNÓSTICO:

DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
<i>2</i>	<i>D. pre</i>		<i>preto AK-</i>
<i>4</i>	<i>Aspir 1100</i>	<i>20</i>	<i>preto cur</i>
<i>17</i>	<i>Amul 40 EV 14/12</i>	<i>20 21</i>	<i>preto on</i>
	<i>DECORAN 2500</i>	<i>20 21</i>	<i>preto @</i>
	<i>EV de 14/12</i>		
	<i>Celut. vir 1000</i>	<i>20 21 22</i>	<i>preto</i>
	<i>b. b. L.</i>		
	<i>Amul 2 100</i>	<i>20 21 22</i>	<i>preto da</i>
	<i>EV de 8.8.2</i>		<i>preto @</i>
	<i>CM 1000</i>		
	<i>de S. F.</i>		

Dr. *Carvalho*
CRM 131.249
ORIGEM: *PAVÃO*

Dr. *Carvalho*
CRM 131.249
ORIGEM: *PAVÃO*

Dr. *Carvalho*
CRM 131.249
ORIGEM: *PAVÃO*



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

NOME: Joz. Enriquim
ALA: 000

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: 23
CONVÊNIO: Pacote
MÉDICO: Dr. Godefrido

LETO: 32.2

DATA: 09 / 05 / 11

DATA: / /

Paciente estavel do CC subido
a proximidade Rampa A Bôn
MTZ elevador
monite

Gentil N. Ribeiro
COREN-PB 43031

TARDE

Paciente wadui utavel
consciente, orientado, mem-
co, apvel, em veno-
m e. das audades de
unimagem.

55.802.494-8002
TRACAO CORRETO
DE SEGURANCA

Marijeli Leandra A. Santos
TÉC DE ENFERMAGEM
COREN - PB 88867

Enurico de tibia

NOITE

Paciente estavel, consciente de-
entado sob aenogese em fepi-
operatório (tibia) feito mede-
obou e audades de enferma-
gem.

NOME: Aguiar, Henrique don Sombra

DATA: / / LIGADO(H): ASS:

ALA: Nova

LEITO: 32-2

CONVÊNIO: Pacote

DATA: / / DESLIGADO(H): ASS:

DIAGNÓSTICO:

DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
	<u>9.9.17</u>		<u>Perigo</u>
	<u>D. mel</u>		<u>Relato</u>
	<u>Piase 1000</u>	<u>18/06</u>	<u>Acumulo de</u>
	<u>F. L. 40 EU 12/17</u>	<u>18/06</u>	<u>FRUTAS de</u>
	<u>Decadur 2,5 mg</u>		<u>FRUTAS de</u>
	<u>de 12/17</u>	<u>18/06</u>	<u>FRUTAS de</u>
	<u>Ceftriax 1g EV 6.6 9.00</u>	<u>18/06</u>	<u>FRUTAS de</u>
	<u>Parasetamol 1X</u>	<u>18/06</u>	<u>FRUTAS de</u>
	<u>Out p. mel 1X</u>	<u>18/06</u>	<u>FRUTAS de</u>
	<u>Fleuma D</u>		<u>FRUTAS de</u>
	<u>M. I. E</u>		<u>FRUTAS de</u>

Dr. Godefrido
CRM
081091-5 - TALMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Dr. Roberto

ORIGEM

MT. 247, 111

EVOLUÇÃO MÉDICA

05.802.494/0001

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. 7

Boa Vista - CEP: 56264-311

08241100

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Jose Emílio

IDADE:

ALTA:

02/10

LEITO:

32-2

MÉDICO:

Cecilia Frederica

DATA:

10.09.17

MANHÃ

TARDE

*Paciente em PO.T. de cateter - perna, a fim de 5500,
m.c.p. orientado, orientado diet, diurese presente,
sem febre no presente, o mesmo aguarda
Resultado médico.*

[Handwritten signature]

NOITE

05.802.494/0001-44
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

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

Sr(a): **JOSE ENRIQUE DOS SANTOS**
 Idade: **23 ANOS**
 RA: **0110048487** Dt Coleta: **08/05/2017 - 21:00:09**
 Dr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
 Convenio: **PACOTE -HAT**
 Emissão: **08/05/2017 - 21:31:05** Local: **ALAN NOVA 32**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência	
Hemácias	4,89	milh/mm3	3.90 a 6.70
Hemoglobina	15,0	g/dL	H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	44,7	%	H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	91,4	u3	80.0 - 98.0
H.C.M.	30,7	pg	26.0 - 32.0
C.H.C.M.	33,6	g/dL	32.0 - 36.0
RDW	12,7		11.0 - 14.5
Série Vermelha:	Normocitose. Normocromia.		
LEUCOGRAMA			
Leucócitos	15011	/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	78	11709	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	1	150	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	18	2702	20-35 800-3.500
Linfócitos atípicos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	3	450	2-10 72-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.		
PLAQUETAS	248000	/mm3	140.000 - 450.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame do esfregaço.		

Método: AUTOMAÇÃO AEX PENRA NO
 Material: SANGUE TOTAL

05.802.494/0001-4
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

Dra. Ana Cristina da Silva
 BIOMÉDICA
 CRBM-PE 6907
 Rua Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - Av. Vitorino Caixio, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4636, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 340, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fone: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 98405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juveniano Sobrinho, 159, Centro, Fone: 83 3361.7237 / 98838.9143
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serefrento de Almeida, 17-A, Fone: 83 98158.3135



Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Idade: 23 ANOS
RA: 0110048487 Dt Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
Dr(a): GODÓFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863
Convenio: PACOTE -HAT
Emissão: 08/05/2017 - 21:31:05 Local: ALAN NOVA 32



TEMPO DE SANGRAMENTO

Resultado 1,00
Metodo: DUKE

Valor de referência

minutos 1,00 a 3,00

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado 7,00
Metodo: JEE-WEITE
Material: SANGUE TOTAL

Valor de referência

minutos 5,00 a 11,00

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUL 2017
Dra. Ana Christina da Silva
BIOMÉDICA - 50.060-010
RECIFE-PE



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandia Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4018 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
Unidade Catolé - AV. Vigário Caixó, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 340, Centenário, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Viçosa Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 45, Centro, Fone: 83 99405.6151
Unidade Esperança - Rua Juvêncio Sobrinho, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17 A, Fone: 83 98198.3135

Sr(a): **JOSE ENRIQUE DOS SANTOS**
Idade: **23 ANOS**
RA: **0110048487** Dt Coleta: **08/05/2017 - 21:00:09**
Dr(a): **GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863**
Convenio: **PACOTE -HAT**
Emissão: **08/05/2017 - 21:31:05** Local: **ALAN NOVA 32**



GLICEMIA

Resultado **87**

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 99

CREATININA

Resultado **0,90**

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,90

UREIA

Resultado **26**

Método: AUTOMAÇÃO (HITACHI 917)
Material: SORO

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 50

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP 50.063-010

RECIFE-PE

Dra. Ana Cristina da Silva
BIOMÉDICA
CRBM-PE 6907



Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e curtos. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Santa Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.3577 / 98838.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
Unidade Cruzeiro - Av. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98638.9151
Unidade Catolé - Av. Vigário Caixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5098
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4538, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1770

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Contorno, Fone: 83 98184.1642
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juvenal Sobreira, 153, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Catunguira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Qualidade para Laboratórios Médicos



Rebido
Entreque Rx puma
Dr. Goodhue
OK!
16:55

Atiba D. S.
RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 09/05/17
Núcleo de Suporte Alim. e Nut.
CRP 005641
Médico de Nutrição

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA



0008

37 PROTECTOR

Carta Médica

Nome: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Idade: 21 ANOS

Sexo: ESTUDANTE

Nome Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA RUA ESQUETADA

Responsável: O MESMO

Responsável: LEADORA ARIELLE GONÇALVES DE SOUZA

Responsável: DRª FERNANDA LEILA

Prof: ERONILDO DOS SANTOS
Dr. SN JATÁUBA-PE

Técnicos de Enfermagem: ADELINO JOSÉ DA SILVEIRA

Tratamento: Anestesia, Fala, Temperatura, Peso

Condições Referenciais ou Alegria

Prontuário Em Caso de Causas Especiais (Acidentes ou Violências)

() 23 Acidente de Trabalho () 24 Acidente de Trabalho Típico () 25 Acidente de Trabalho Típico () 26 Violência

Descrição

Histórico da Doença Atual

Paciente relata batida com pé direito após colidir
e moto.

Diagnóstico Presumido

Conduta: Trauma
Vultarem 1000 IM
Imobilização

Observação

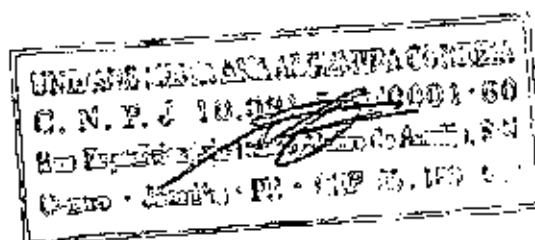
22:50hs

Atendimento(s) Anterior(es): Data do Atendimento e Diagnóstico Previamente

• 21/01/2014 • 18/04/2014 • 08/07/2014 H.A.S

Última Conduta Prescrita:

21/01/2014



Data da Liberação do Paciente: _____ Hora: _____

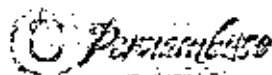
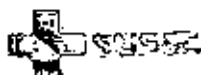
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 B AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-01, C

Rua Expediente: Inf. do Aluno de Atend. SN - Cópia CNP 35.104-000 Fone (51) 3745-1131 Fax (51) 3745-1132 - 1ª - Rua Vitor - CEP 50.060-010
CNPJ 10.000.000/0001-60 CNES 243370

RECIFE-PE



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

CNS: 00000000000000000000

Sexo: M Data de Nascimento: 16/09/1993

Profissão: Técnico de enfermagem e cuidados pessoais em saúde

Filho: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

PM: ERENILDO DOS SANTOS

Endereço: RUA: ENJA FROETADA

Nº 30 JATÁUBA - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnóstico Principal	IDADE
0000133414	13/05/2003	VIROSE	14 ANO(S)
0000154723	14/02/2009	DIARRÉIA AGUDA	15 ANO(S)
0000160400	24/05/2009	AMIGDALITE	15 ANO(S)
0000197879	13/03/2010	ODONTALGIA	16 ANO(S)
0000213133	13/01/2011	D.S.T	17 ANO(S)
0000213134	13/01/2011	IVAS	17 ANO(S)
0000213762	20/01/2011	IVAS	17 ANO(S)
0000216227	16/03/2011	TRAUMA MÃO ESQUERDA	17 ANO(S)
0000218723	22/02/2011		17 ANO(S)
0000218369	02/03/2011	ORIENTAÇÃO	17 ANO(S)
0000237755	10/08/2011	DDA	17 ANO(S)
0000240088	30/10/2011	QUEDA DE MOTO	18 ANO(S)
0000256172	07/04/2012	AMB	18 ANO(S)
0000256795	07/09/2012	SIND. FEBRIL	18 ANO(S)
0000274822	04/11/2012	AMIGDALITES	19 ANO(S)
0000280635	14/01/2013		19 ANO(S)
0000283467	21/04/2013	AMB	19 ANO(S)
0000291275	10/05/2013	TRAUMA	19 ANO(S)
0000293405	26/05/2013	AMIGDALITES	19 ANO(S)
0000311035	15/11/2013	QUEDA DE MOTO	20 ANO(S)
0000311438	19/11/2013	AMBULATORIO	20 ANO(S)
0000318127	31/01/2014	HAS	20 ANO(S)
0000318192	01/02/2014	H A S	20 ANO(S)
0000324551	19/04/2014		20 ANO(S)
0000326121	21/04/2014		20 ANO(S)
0000342837	02/01/2015	TRAUMA	21 ANO(S)
0000351536	04/04/2015	QUEIMADURA	21 ANO(S)
0000358297	12/11/2015		22 ANO(S)
0000358351	21/01/2016		22 ANO(S)
0000440371	19/03/2017	ACIDENTE AUTOMOBILISTICO	23 ANO(S)
0000442700	29/03/2017		23 ANO(S)

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LIDA

28-AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



2237196

Paciente 325051	Nome do Paciente JOSE ENRIQUE DOS SANTOS	Nascimento 11/09/1993	Idade 23	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA	
Estado Civil	CNP 113 864 324-65	RG 7.715.82	Grau de Instrução	Profissão				
Filiação Mãe: NINE MARIA DA CONDEICAO	Pai							
Endereço R. JOAO MANOEL DE OLIVEIRA, 105 - COAB, JATAUBA-PE-DEP.	Complemento Endereço							
Atendimento 2237196	Data 08/01/2017	Hora 18:12	Sector 3006-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA				
Médico Atendente 1158-3010-FREDO NASCIMENTO BORBOREMA				Motivo Atendimento 4-INTERNAÇÃO URGÊNCIA				
Plano / Convênio 37-PACOTEH-PACOTE	Nº Carteira	Validade	Nº CNS					
Posto	Acomodação	Leito						
Guia INTERNAÇÃO	Procedimento INTERNAÇÃO							

Isa Nova 32.1

*Recebido
Entregue Rx para
Dr. Guedes
OK!
16:55*

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JOSE ENRIQUE DOS SANTOS, após esclarecimento da prestação de atendimento no seu atendimento, declara que a realização do procedimento cirúrgico, diagnóstico, terapêutico, ou qualquer outro procedimento médico, é de sua vontade e conhecimento, e que ele compreende a natureza do procedimento, bem como o risco de morte, e que ele assume a responsabilidade por ele, inclusive quando a intervenção for de caráter emergencial ou de urgência.

Assinatura do paciente ou responsável, conforme o modelo abaixo.

1) _____
2) _____
3) _____

Responsável: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Endereço: R. JOAO MANOEL DE OLIVEIRA, 105 Bairro COAB, JATAUBA-PE
Telefone: 01 082771232

CAMPINA GRANDE, 08 de Maio de 2017

WILMA
Responsável pelo Atendimento

Wilton de Assunção
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Responsável pelo Paciente

Alf
RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 09/01/17

Jose Henrique dos Santos.

DN. 09.11.1993

AGMITION

Plante uterino de acidente

Apresentando Fraturas do MIE (sic)

Revisado proceimento cirurgico.

Redução com fixação da
tibia essuende.

Atualmente apresenta no dos
ossos da perna (E) com fraturas
consolidadas.

Imto PMA o fmsillo.

ST¹ Cruz, 24/08/17 28 AGO. 2017

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALIA:

DIAGNÓSTICO:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

10/05/79 MEDICAMENTOS

HORÁRIO

AC AP

[Handwritten signature]

Dr. Carlos

CRM

EVOLUÇÃO MÉDICA

05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bos Vista - CEP: 50.060-010

RECIBO DE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Jose E. M. L. P.

IDADE:

ADM:

02016

LEITO:

32.2

MÉDICO:

Georgio Frederico

DATA: *10/08/17*

MANHÃ

TARDE

Pac. em Po.T. de anti-perna, a fim de 5500,
m.c.p. orientado, utilizando dieta, diurese presente,
sem queixas no presente, o mesmo aguarda
Resultado médico.

[Assinatura]

NOITE

05.802.494/0001-00
IRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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

NOME: João Enríque
ALIA: Rua

IDADE: 25 CONT/ENFERM: Facol
LEITO: 322 MÉDICO: Dr. Guedes

DATA: 09 / 05 / 1971

DATA: 1 / 1

Paciente admitido do CC subseq
a proximidade de 4 km
monte MTZ elevad

Coronel N. Ribeiro
COEN - PB 420371

TARDE

Paciente mulher estável
consciente, orientado, eupnó-
co, apnéu, em ventose
em CP desceados de
enferrmagem.
* Em PDI de tratamento
cirurgico de tixa

TARDE

Maryoli Lemos D. A. Santos
TÉC DE ENFERMAGEM
COEN - PB 88867

REF: 107

Paciente estável, consciente de
entada sob ventose em PDI
exatário (7.12) feito medi-
caci e cuidados de enferma-
gem.
33026

REF: 107

№ 038359

CONVÈNIO Pacote

DATE: 09, 05, 17

CHURCHMAN: PR : GODFREY

AUSLAND:

ANESTESISTA: DR. TURKATIK

CIRCLANTE ~~CREATING~~

LITRABED: INICIO 01 : 60 FINAL 60 : 60

[illegible]

1. Via Firenze - Hospital
2. Via Annunziata - Annunziata
3. Via Roma - Walden
4. Via A. Moro - Walden

Period of 10

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

TELEMETRIA (mmHg) 400AL				TBM PA (V) PA (T) TBM PVC Início Anest. Início Cirur. Término Cirur.		
RESP ESP ASS CONT.		TBM PA (V) PA (T) TBM PVC Início Anest. Início Cirur. Término Cirur.		TBM PA (V) PA (T) TBM PVC Início Anest. Início Cirur. Término Cirur.		
INDICAÇÃO Venoza ORIENTAÇÃO Inicial Venoza Gás Máscara Máscara Laríngea		SITUAÇÃO TUDO Nº Oral Nasal Oritado Oritado Aramido Cópia Laminar Troqueostomia		SANGUE REGIONAL Parâmetro Ressonância Epidermo Gástrica N. Periférico Rinsplao Condição Gástrico	FUNÇÃO P. Orto/Cervical Supraclavicular Intercostal/Gástrico Axilar Venoza Regional Infiltração Sedação	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS Anestésico BCC Oximetro YMU Baudet de Infusão Ventilador Mecânico
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA						
Dificil Acesso Venoza: ☒ SIM ☐ NÃO						
Dificil Endobronqui: ☒ SIM ☐ NÃO						
Dificil Acesso Agulhas Raquí ou Peridural: ☐ SIM ☒ NÃO						
ENCAMINHADO PARA: ☐ UTI ☒ SRPA ☐ Sonstário ☐ Inconsciente ☐ Acordado D: NA SRPA: ☐ SIM ☒ NÃO						
TOT: ☐ SIM ☒ NÃO DESTINO: ☐ APT ☒ ALTA HOSPITALAR Alta da SRPA: ☐ Não: ☒						

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

28 AGO. 2017

05.802.490/0001-2
 INSCRIÇÃO ESTADUAL
 DE SEGUROS LTDA

PACIENTE: Jose H. dos Santos
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 9/5/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Godalho
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: João TIPO DE ANESTESIA: Bloco
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Furto de fêmur
 TIPO DE OPERAÇÃO: Red. cirurgia fêmur direita
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOGRÁFICO NO ATO: Dr. M. Camêlo
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA - TÉCNICA - DRENAGEM - TUBULAÇÃO - EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

- (1) perda de sangue
- (2) Arteria e nervo
- (3) ossos de fêmur
- (4) Redução
- (5) Fratura
- (6) Sutura + Curativo
- (7) Proteção

25.892.494/0001-43
 YRACÃO CORRETOCA
 DE SEGUROS LTDA
 28 AGO. 2017

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

RECIFE-PE

PHILIP L. BONGIORNO
TELEPHON 4

উদ্দেশ্য

५७

Index

Method

167-0111

အိန္ဒိယ

DATA: 10 / 05 / 17

QUESTIONS

— — — — —

*Racing post-op much better
concomitant, almost 55 UV pres-
ures per unit.*

10

1997

703

05.802.498/0001-4
 TIACAO CORRRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 28 AGO-2017

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

Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
 Idade: 23 ANOS
 RA: 0110048437 Dt Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
 Dr(a): GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863
 Convênio: PACOTE-HAT
 Emissão: 08/05/2017 - 21:31:05 Local: ALAN NOVA 32



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	4,89	milh/mm ³ 3.93 a 6.78
Hemoglobina	15,0	g/dL 12,4 a 18,0 (M: 13,4 a 16,5)
Hematócrito	44,7	% 31 a 55 (M: 36 a 49)
V.C.M.	91,4	fL 80,0 - 100,0
H.C.M.	30,7	pg 26,0 - 32,0
C.H.C.M.	33,6	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	12,7	% 11,0 - 14,5

Série Vermelha: Normocitose, Normocromia.

LEUCOGRAMA		/mm ³	3000 - 10000
Leucócitos	15011		
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	78	11709	46-87 1.820-6.760
Eosinófilos	1	150	1-5 16-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	18	2702	20-35 800-3.300
Linfócitos atípicos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	3	450	2-10 72-1000

Série Branca: Leucocitose, Neutrofilia.

PLAQUETAS	248000	/mm ³	140.000 - 450.000
-----------	--------	------------------	-------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Metodologia: AUTOMÁTICA POR FOTOMETRIA DO
 Material: SANGUE TOTAL

15.802.494/0001-41
 TIAÇÃO CORRETORA
 Dra. Ana Cristina dos Santos LTDA
 BIO-MÉDICA
 CRM-MG 6901
 28 ABO. 2017

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

Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

RECIFE-PE

Valores de referência podem variar de acordo com o método utilizado e os resultados são expressos em unidades de medida internacionais.

Unidade Centro - Rua Santa Bárbara, 41, Centro, Fone: 33 3101 5577 / 33333 9135
 Unidade Imigrante - Rua Sebastião Lemos, 73, Centro, Fone: 33 3243 4048 / 33195 2566
 Unidade Praia - Rua Rocio dos Anjos, 1049, Praia, Fone: 33 33124 1741
 Unidade Cruzado - Av. Almirante Barroso, 1422, Cruzado, Fone: 33 33533 7151
 Unidade Caiado - Av. Vitorino Caiado, 807, Caiado, Fone: 33 3063 1577 / 33040 5058
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4538, José Pinheiro, Fone: 33 33184 1710

Unidade Hospital Antônio Rangel - Rua Domina Gouveia, 349, Centro, Fone: 33 33184
 Unidade Hospital João XXIII - Rua João Pereira, 83, Praia, Fone: 33 33184 4703 / 33 33184
 Unidade Quarentena - Rua João Batista Silva, 43, Centro, Fone: 33 33405 6051
 Unidade Esperança - Rua Luciano Sotero, 159, Centro, Fone: 33 3361 3257 / 33332 9114
 Unidade Cotrigueiro - Rua Feitoria de Almeida, 17-A, Fone: 33 33198 3115

CONTRATADO DE QUALIDADE - ISO 9001
 Registro no Ministério da Saúde - ANVISA



Control Lab



Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Idade: 21 ANOS
RA: 0110048487 Di Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
Or(a): GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1863
Convenio: PACOTE -HAT
Emissão: 08/05/2017 - 21:31:05 Local: ALAN NOVA 32



TEMPO DE SANGRAMENTO

Resultado 1,00

Método: OVAL

Valor de referência

minutos 1,00 a 3,00

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado 7,00

Extrato: L50-VET2

Material: SANGUE TOTAL

Valor de referência

minutos 5,00 a 11,00

5.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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


Dra. Ana Cristina da Silva
BIOMÉDICA
CRM-PE 6307



Acesse seus resultados online: www.lapprosangue.com.br

Indicadores exames podem variar conforme procedimentos, valores fisiológicos, patológicos e outras. Reportar equívocos para confirmação de integridade dos dados.

Unidade Centro - Rua Santa Borborema, 61, Centro, Fone: 33 2103.3577 / 98332.9139
Unidade Integração - Rua Sebastião Dorado, 25, Centro, Fone: 33 3063.4043 / 98132.3505
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33 94194.1701
Unidade Cruzeta - AV. Abayano Barreto, 1493, Cruzeta, Fone: 33 98332.9139
Unidade Cristal - AV. Vitorino Carmo, 377, Centro, Fone: 33 3063.5577 / 98340.5083
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 33 98194.1719

Unidade Hospital Antônio Targem - Rua Delmaro Gouveia, 349, Centenario, Fone: 33 92184.1
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 23, Prata, Fone: 33 98193.4705 / 98198.240
Unidade Quarentá - Rua João Barbosa Lima, 45, Centro, Fone: 33 99405.8251
Unidade Esperança - Rua Juvenal da Silveira, 153, Centro, Fone: 33 3561.2237 / 98838.9149
Unidade Cotiguetas - Rua Feliciano Saraiva de Almeida, 17-A, Fone: 33 99192.1115

Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
 idade: 23 ANOS
 RA: 0110048487 Dt Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
 Dr(a): GODOFREDO NASCIMENTO BÓRBOREMA/1853
 Convênio: PACOTE -HAT
 Emissão: 08/05/2017 - 21:31:05 Local: ALAN NOVA 32



GLICEMIA

Resultado 87

Metodo: AUTOMACAO INTACT 017
 Material: SCS

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 100

CREATININA

Resultado 0,90

Metodo: AUTOMACAO INTACT 017
 Material: SCS

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,60 a 1,30
 Mulheres: 0,50 a 0,90

UREIA

Resultado 26

Metodo: AUTOMACAO INTACT 017
 Material: SCS

Valor(es) de referência

mg/dL 10 a 30

15.802.494/0001-41

TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS ITDA

28 AGO. 2017

Dra. Ana Cristina de Aguiar Nº 175, SL 902 BL. C
 BOMMECA
 CRAM-PE 69000-010
 Recife-PE



ACESSO aos resultados online: www.tracçãoseguros.com.br

Todos os exames devem ser interpretados por meio de relatório médico. Os dados são fornecidos apenas para fins informativos e não substituem a consulta médica. Resultados devem ser interpretados por um médico.

Unidade Centro - Rua Senador Bortolotto, 51, Centro, Fone: 83 3101.5577/98538.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Dória, 25, Centro, Fone: 83 3203.4848 / 98158.2506
 Unidade Praia - Rua Rodrigues Alves, 1049, Praia, Fone: 83 98154.1741
 Unidade Duque - Av. Alencar de Brito, 1493, Centro, Fone: 5355535.9151
 Unidade Catolé - Av. Vigário Caspary, 872, Centro, Fone: 83 3803.5177 / 98849.5058
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4030, José Pinheiro, Fone: 83 98164.1730

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Deodoro Goulart, 349, Camaranga, Fone: 83 98184
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Rio Papandu, 53, Praia, Fone: 83 93193.4705 / 98198.47
 Unidade Condições - Rua João Barbosa Silva, 45, Centro, Fone: 83 99105.9051
 Unidade Esperança - Rua João Manoel Sobrinho, 125, Centro, Fone: 83 3351.2237 / 95035.9149
 Unidade Cabanguano - Rua Felício Sebastião de Almeida, 17 A, Fone: 83 98157.3135

Controlar a Qualidade - ISO 9001
 Programa de Excelência em Gestão e Qualidade



Controla



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.034.582 DATA DE REGISTRAÇÃO 15/04/2013

<< JOSE ENRIQUE DOS SANTOS >>

<< ERONILDO DOS SANTOS >>

<< RUONE MARIA DA CONCEIÇÃO >>

DATA DE NASCIMENTO 11/09/1993

0008204 10 JATAUBA-PE >>

13.824.224-55

54 11.990 -493

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

01R

Polícia Civil

Yori Enrique dos Santos

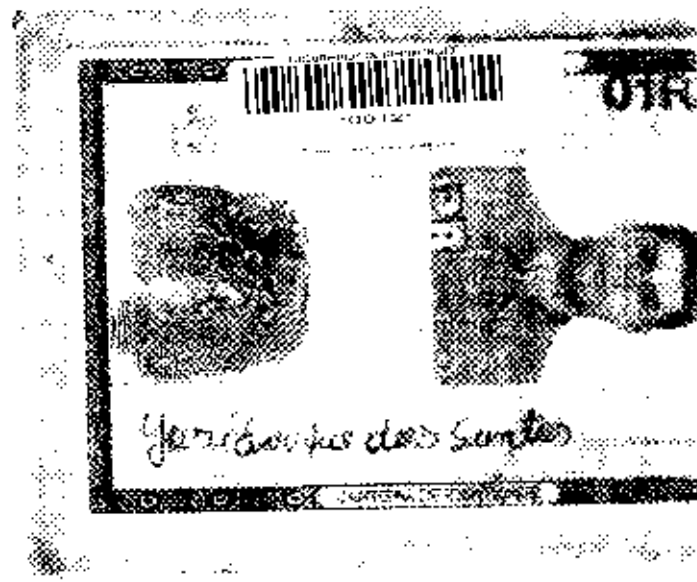
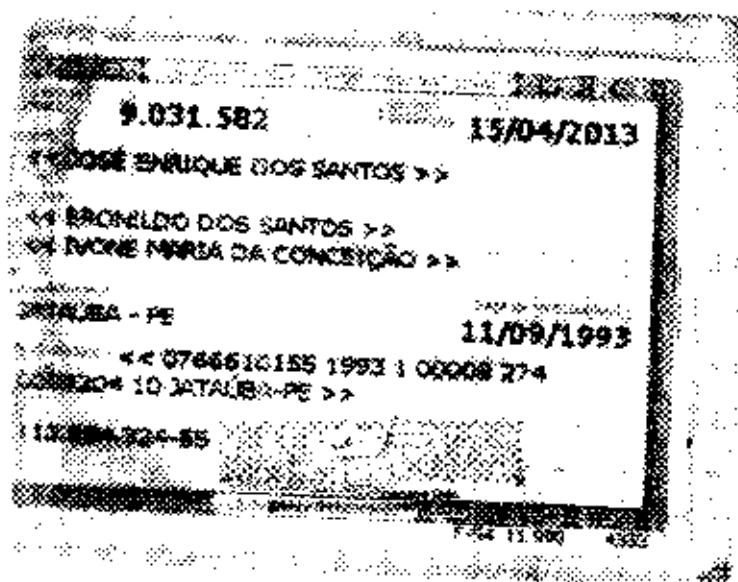
CARTEIRA DE IDENTIDADE



05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE



05.807.494/0001-41
 MAC&O CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 28 ABR 2017
 1992015155100008774
 JATAÍBA - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA



DETALHE - PE 012651211330
CLASSIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

1 103517-3-02 ***** 2016

LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINH

JATUBA-PE

129.860.774-000 ECG5659

SC2MT4100GR005121

PAS MOTOCICLETA ELCO/GAROL

HONDA/XRE 190 2016 2016

2P/124CL PARTIO VERMELHA

TEVA 2017 QUITADO *****

SEGURO PASSO

SEM RESERVA

[Signature]

JATUBA-PE 11/04/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

REGISTRO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS, CALÇADOS, HORAS, VEÍCULO, 25
AUTOMÓVEL, MOTOCICLETA, SEMI-CORPUSCULAR, AEROSPAZ,
TRANSPORTE DE CARGA, SEGURO PRIVAT

PE 012651211330 EMBRETE DE SEGURO PRIVAT

LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINH

VEÍCULO: HONDA XRE 190 2016

2P/124CL PARTIO VERMELHA

JATUBA-PE

129.860.774-000 ECG5659

SC2MT4100GR005121

JATUBA-PE 2017 11/04/17

129.860.774-000 ECG5659

103517-3-02 HONDA/XRE 190

2016 09 SC2MT4100GR005121

PE 012651211330

FEV-2016

10 JUL 2017
J.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
9477-PC-117

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477086 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/05/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tíbia esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Consolidação viciosa, deficit de força de grau leve do membro inferior esquerdo, sem alteração da marcha, sem prejuízo na mobilidade local, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente já de alta, fez fisioterapia.
Complicações: Consolidação viciosa.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de grau leve do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leonardo de Faria Neves

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (vítima/beneficiário):

Nome: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Identidade: 9031582 CPF: 113884324-55
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
Endereço: R.D. VM Nº 743
Bairro: COHAB
Cidade: JATAUBA UF: PE

OUTORGADO (Procurador):

Nome: MARIO SANDOIR DE ARAUJO
Identidade: 2923963 CPF: 386058734-75
Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTONOMO
Endereço: RUA COLOMBIA Nº 93
Bairro: DIVINOPOLIS
Cidade: CARUARU UF: PE

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar - me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da vítima JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

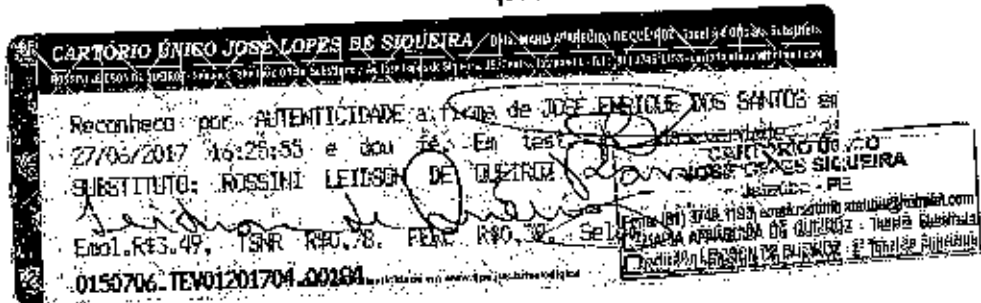
JATAUBA 27 de JUNHO de 2017
Local e Data:

Jose Enrique dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE (vítima/beneficiário) / 0001-4.
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE) TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Corretores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262786/17
Vítima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
CPF: 113.884.324-55

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/05/2017
Titular do CPF: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

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

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS : 113.884.324-55

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

MARIO JANDOIR DE ARAUJO : 386.058.134-15

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

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.

Portador da documentação entregue

Data: 10/07/2017
Nome: MARIO JANDOIR DE ARAUJO
CPF/CNPJ: 386.058.134-15

MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/07/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (vítima/beneficiário):

Nome: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
 Identidade: 9081582 CPF: 713884324-55
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
 Endereço: R.D. URA Nº 743
 Bairro: COHAB
 Cidade: BOTAUVA UF: PE

OUTORGADO (Procurador):

Nome: MARIO SANJOIA DE ARAUJO
 Identidade: 2923963 CPF: 386058734-75
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTÔNOMO
 Endereço: RUA POLOMBIA Nº 43
 Bairro: ALVINOPOLES
 Cidade: PARUARU UF: PE

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio o constituto meu bastante promotor e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar - me perante a Seguradora Líder das Condições do Seguro DPVAT, a fim de dar entrada no pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT da vítima JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

BOTAUVA 27 de MAIO de 2012
 Local e Data:

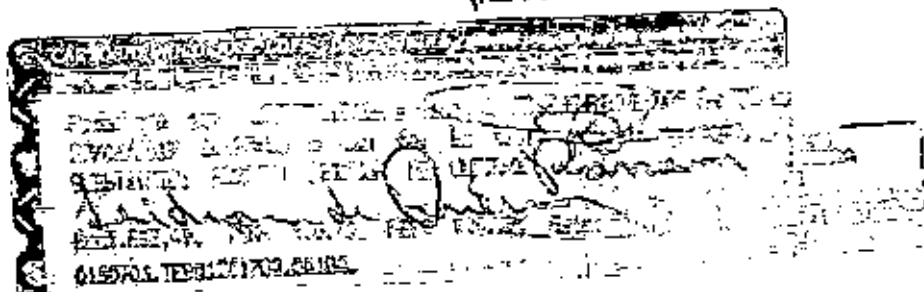
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

ASSINATURA DO OUTORGANTE (vítima/beneficiário) 494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

28 ABO. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334492/17

Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

CPF: 098.440.734-05

Data do Acidente: 02/05/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO : 098.440.734-05

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GILBERTO BARBOSA CANDIDO : 082.327.704-65

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2017

Nome: GILBERTO BARBOSA CANDIDO

CPF/CNPJ: 082.327.704-65

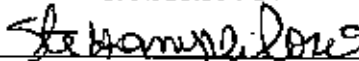
GILBERTO BARBOSA CANDIDO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2017

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11910998

A/C: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Sinistro: 3170477086 ASL-0334390/17
Vítima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Data Acidente: 08/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Sinistro: 3170477086
Vítima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Data do Acidente: 08/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170477086** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2017

Carta nº 12108824

A/C: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477086 ASL-0334390/17
Vitima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Data Acidente: 08/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOIR DE ARAUJO

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12261775

A/C: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170477086
Vítima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Data do Acidente: 08/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOUR DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001666-7

Conta: 000010112158-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dnvatoesurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

16 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

**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

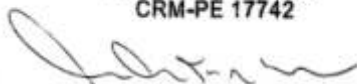
Nome do(a) Examinado(a): Jose Enrique dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Qd Um, 143
Cohab Jatauba PE CEP: 55180-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9031582
Data local do exame: [12/12/2017] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA, SEM PREJUÍZO NA MOBILIDADE LOCAL, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**TRATADO CIRURGICAMENTE JÁ DE ALTA, FEZ FISIOTERAPIA
Data da alta: HÁ CERCA DE 45 DIAS
PLACA E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. 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” () “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() “Exame não permite conclusão”
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 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 |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = “100% da IS”
- V. (*) 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

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 111ª CIRCUNSCRIÇÃO - JATAÚBA - DP111ªCIRC
DINTER1/15ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0201000207

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2017** às **10:27**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/5/2017** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 1, RIACHO DO JACU - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHO (OUTRO)
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ENRIQUE DOS SANTOS**

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

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: ERONILDO DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/9/1993 Naturalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JATAUBA, 03, QUADRA 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

Placa: **PCG6669** (PERNAMBUCO/JATAUBA) Chassi: **9C2MD4100GR006121**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

10 JUL. 2017

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

Complemento / Observação

SEGUNDO INFORMOU O DEPOENTE ESTAVA EM SUA MOTO IND0 NA PE160 DE JATAUBA PARA O SÍTIO RIACHO DO JACU, O DEPOENTE PERDEU O CONTROLE DA MOTO E ACABOU CAINDO. O DEPOENTE FOI SOCORRIDO PARA O

HOSPITAL LOCAL DE JATUBA CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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

Jose Enriquel dos Santos
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
(VITIMA)

[Assinatura]
Luiz Carlos Pires N. Junior
AGENTE DE POLICIA
MAT. 273.185-1

B.O. registrado por: LUIZ CARLOS PIRES NUNES JUNIOR - Matrícula: 273185-1



[Assinatura]
Luiz Carlos Pires N. Junior
AGENTE DE POLICIA
MAT. 273.185-1

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSÉ EVÂNIO DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 9.031.582 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.884.324-95, residente e domiciliado na RD UM Nº 143 COHAB II, Cidade JATUBÁ, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Joel Evânio dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Caruaru-PE 03 de Junho de 2017

Local e data

05.802.494/0001-...
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

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



Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



74/08/05/2017

Nº Atendimento

440 371

FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data do Atendimento

08/05/2017

Hora do Atendimento

13:48:48



Paciente JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Cartão SUS: 162.631.107.170.002

Sexo: M Data de Nascimento: 11/09/1993

Idade: 23 ano(s), 7 meses e 27 dias

Nº Prontuário:

Profissão: ESTUDANTE

Filiação: Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ERONILDO DOS SANTOS

Endereço: RUA RUA PROJETADA

Nº S/N

Bairro: COHAB

DDD: Fone: CEP 55180000

JATAUBA - PE

Responsável/Trazido por: POR AMBULANCIA

Recepcionista: LUCINEIDE DE SOUZA

Técnico de Enfermagem

MARIA CLEONICE RIBEIRO

Médico(a): Dr. FELIPE M. MONTEIRO

Pressão Arterial:

x

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Doenças Condições Referidas e ou Alergias:

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente de Trabalho Típico () 35 Acidente de Trabalho Trajeto () 36 Violência

Descrição:

Compartilhamento da informação



Histórico da Doença Atual

Por acidente de trânsito resultando em uma fratura de costela.

6 meses 15 dias de internação em UTE.

Atualmente em tratamento com fisioterapia.

Diagnóstico Provisório

Acidente de trânsito

Conduta:

Observação:

1. Voltar a trabalhar em uma empresa de construção.
2. Solicitar Rx de fratura de costela.
3. Solicitar medicação e tratamento fisioterapêutico.
em fratura comintada de tibia

05.802.004/0001-41

TRACABELETORA

DESENVOLVEDORA

Rua da Aurora, nº 179, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 55.060-000

RECIFE-PE

Atendimento(s) Anterior(es) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

* 21/01/2016 * 12/11/2015 * 04/04/2015 QUEIMADURA

Última Conduta Realizada:

21/01/2016

UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA
C. N. P. J. 10.091.544/0001-60
Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N
Centro - Jatauba - PE - CEP 55.180-000

5163.954

Tipo de Atendimento: () Urgência/Emergência () Ambulatório

Data da Liberação do Paciente: / / Hora: h

Dr. Felipe M. Monteiro
Médico
23022

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Márcia de M. Lima
Téc. de Enfermagem
1333708

Carimbo e Assinatura do Técnico Enfermagem

Assinatura do Recepcionista

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81)3746-1151 Fax(81)3746-1132 - Jatauba - PE

C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433786