



Número: **0000190-30.2019.8.17.2820**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Jataúba**

Última distribuição : **19/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS (AUTOR)		KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71932240	02/12/2020 11:34	ANEXO 1	Outros (Documento)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

RG nº 9.031.282, 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.JAMDOIR@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Lócal e Data: PARANÁ - PR 03 de Junho de 2017

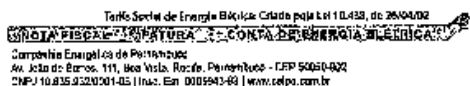
Assinatura do Declarante: Jose Enrique dos Santos

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: 50.060-010





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
CID. UM 143

CPF 020 335 104-28

CC-445 III/JATAUBA
JATAUBA-PE
55180-000

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MODERNA

031835374	UNICA	17032917
17032917	2933078931	4180341

CÓDIGO CONTRATO		3111111111	
4012379213		03/2017	
DATA DE VENCIMENTO		DATA PRECATORIA PROTESTO	
24/03/2017		17/04/2017	
TOTAL A PAGAR (R\$)		49,58	

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Ativo (MWh)	74,1330000	0,51043333	37,84
Acrescimo Bandeira AMARELA			9,77
Contribuição Iluminação P&L			
TOTAL DA FASE PA			47,61

DEMONSTRATIVO DE GENCERECIDESTRATA PIS/PA									
Nº DO MOTOR	TIPO DA FRAÇÃO	ANEXADO	DATA LEITURA	ATUAL	DATA LEITURA	Nº DO TAXA	CONSTANTE	AJUSTE	CONTRIBUIÇÃO (R\$)
310105.000	CAT	19/03/2017	15,00	17/03/2017	09,00	35	1,00000		36,00

PRODUTO	VALOR (R\$ MILHÕES)	VALOR (T)
Maqui	15,74	34,4
Pimenta	0,25	1,36
Cachaça	3,86	21,20
Cachaça	3,07	27,08
Cachaça	4,56	8,53
Cachaça	12,84	27,13
Cachaça	68,21	111,1

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Atenção: Os dados bancários fornecidos no boleto são válidos apenas para o pagamento em dinheiro. Para pagamentos em cartão de crédito, consulte o site www.bancobrasil.com.br. O boleto é emitido em nome do Banco do Brasil S.A. e não pode ser usado para pagamentos em nome de terceiros. O boleto é emitido em nome do Banco do Brasil S.A. e não pode ser usado para pagamentos em nome de terceiros. O boleto é emitido em nome do Banco do Brasil S.A. e não pode ser usado para pagamentos em nome de terceiros.

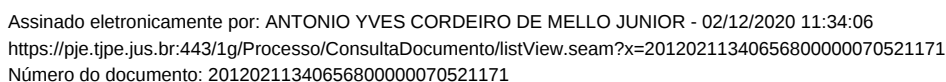
Per informazioni sui corsi
 formativi (e-mail: info@edp.it) o
 al 02/260156, lunedì, giovedì:
 servizio assistenza studenti
 pronto 24 ore su 24, per le
 domande, vai su www.edp.it
 al 02/260156 o al 400
 www.edp.it

05.802.494/0001-4
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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO						UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO		
CURSO DE ENGENHARIA DE SISTEMAS DE ENERGIA ELÉTRICA			CURSO DE ENGENHARIA DE SISTEMAS DE ENERGIA ELÉTRICA			CURSO DE ENGENHARIA DE SISTEMAS DE ENERGIA ELÉTRICA		
DISCIPLINA	VAGAS ADMITIDAS	LIMITE NOMINAL	LIMITE TENDENCIAL	LIMITE REAL		TEMPO NOMINAL (h)	Limite real Vagas Adm.	
Eng. Elétrica	120	975	1.750	2516		220	202	291
			6.750	12.800				
				0.00				





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOSE FARIQUE DOS SANTOS

RG nº 9.031.582, data de expedição 35/04/2013, Órgão SDS-PE

CPF nº 333.884.324-55, venho perante a este instrumento declarar que não possuía 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>JATUBÁ</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>AJAL-0017@Gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Jose Farique dos Santos

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABR 2017

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





AVENIDA DO BRASIL
20120-010 - RECIFE

CNPJ 02.285.151-00

CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO
RISCO
RISCO

4012270243

09/2017

24/03/2017

17/04/2017

4366

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

INFORMAÇÕES GERAIS

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCRIÇÃO
01	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
02	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
03	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
04	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
05	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
06	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
07	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
08	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
09	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
10	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
11	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
12	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
13	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
14	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
15	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
16	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
17	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
18	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
19	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida
20	1	1.000,00	1.000,00	Seguro de Vida

US.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

12-08-2017

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Mariano Junior de Araujo, portador(a) do RG nº 9993.963, expedido por SD5/PG, em 05/04/2017, CPF/CNPJ nº 386.058.134-15, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José (Mariano José Junior) do sinistro de DPVAT da natureza INJURIA da vítima José (Mariano José Junior), e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - Jr Renda Mensal: R\$ Revisor - Jr

Documentos comprobatórios: Revisor - Jr

Mariano Junior de Araujo
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada e bônus, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.612/98.

Pelo exposto, eu Marcos Gondim da Rocha, portador(a) do RG nº 3993.963, expedido por SDS/PS, em 05/04/2017 CPF/CNPJ nº 386.058.134-15 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) 2016 Enrico dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza INJURIA da vítima 2016 (Enrico dos Santos), e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: Recepcionista

Marcos Gondim da Rocha
ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

09.002.494/0001-42
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 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 SPS.PE, portador do CPF nº 129.960.774-82 com

domicílio na cidade de JATAUBA, no Estado de

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

RUA DR PAULO PESSOA GUERRA, nº 511,

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 790

Ano: 2016

Placa: PEL 5659

Chassi: 9E2 MD4700 GR005721

Data do Acidente: 08-05-2017

Local e Data: 27-06-2017

Assinatura do Declarante

Larissa Kethony da Silva Sobrinho

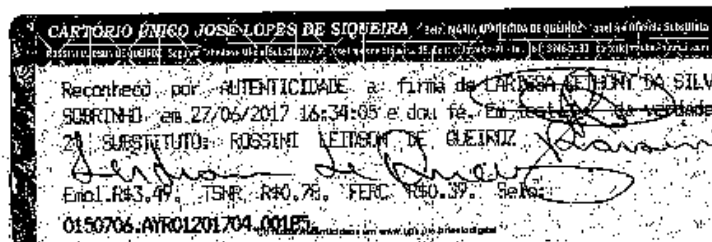
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
800-400-7000 010-063-010

RECIFE-PE





0031

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LARISSA KETHONY DA SILVA SOBRINHORG nº 8853962, data de nascimento 29.09.2005Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 12996022482 com
domicílio na cidade de JATAUBA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)RUA DO PAULO PESSOA GUERRA, nº 514,complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

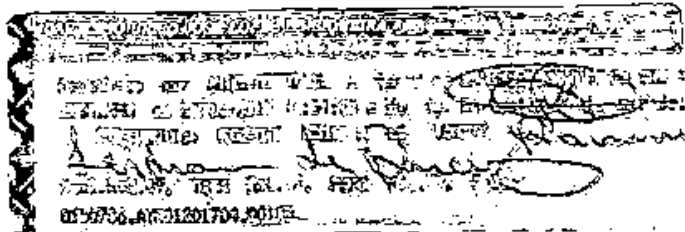
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOSE ENRIQUE DOS SANTOS, cujo o condutor eraJOSE ENRIQUE DOS SANTOSVeículo: MOTOModelo: HONDA XRG 790Ano: 2016Placa: PE 5659Grass: 982 MD 4700 GR 005727Data do Acidente: 08-05-2017Local 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

CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 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 13:46:48



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: _____



Histórico da Doença Atual:

Pct. vítima de acidente automobilístico em rua de capote.
6 horas 15, após do acidente.
09:20, começou a sentir dor no abdômen inferior direito.

Diagnóstico Provisório

Doença Intestinal

Conduta:

1. Voltar 75% e 100% de água v
2. Solto Rx de 100% de água v

Observação:

3. Solto medicação e água v
por febre persistente de 38,5°C

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

Rua da Aurora, Nº 179 - Jataúba

Boa Vista - CEP 55.060-010

RECIFE-PE

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

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

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

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Carimbo e Assinatura do Técnico de 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 - Jataúba - PE
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433708



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 PROJETADA

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) DR FERNANDA LEIJA

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 Trajetado () 36 Violência

Descrição

Histórico da Doença Atual

Paciente relata bater com pé direito após colidir
e moto.

Diagnóstico Provisório

Conduta: Trauma
Vetarem
Imobilização

Observação:

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 Azeite de Araújo, S/N
Centro - Jataúba - PE - CEP 55.180-000

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

05.802.494/0001-43

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS

18 JUL. 2017

Carimbo e Assinatura do Médico(s)

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Recepcionista

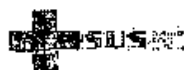
Rua Expedicionário Inácio Azeite de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81)3746-1151 Fax (81)3746-1132 - Jataúba - PE
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

RECIFE-PE





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

CNS/Registro: 162.631.187.170.002

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

Profissão: Trabalhadoras agropecuárias polivalentes e trabalhadores assemelhados

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)
0000266796	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 PR</i>	23 ANO(S)
0000442700	29/05/2017		23 ANO(S)

05.802.494/0001-40

TRACAO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL ANTONIO TARGINO

VOT. DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO

Nº 038359

PACIENTE: JOSE HENRIQUE DOS SANTOS 28 m

CONVÊNIO: PRÓTE

SUS ☐

PRONTUÁRIO: 928052/2237196

DATA: 09.08.17 CIRURGIA: HTO CIRUR DE TÍBIA (C)

CIRURGIÃO: PR: GODOFREDO

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. JURIANIK

CIRURJANTE: CEOVIANE

Nº CAMPO: 06

HORÁRIO: INÍCIO 09:30 FINAL 10:00

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1888	ÁGUA DESTILADA	05
28819	RANITIDINA	01
2870	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5384	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1992	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73218	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAZ 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	01
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	UUDANTAL	
69655	DORMOND	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBÍUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	64
79548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NU PERIDOL	
	IMEDIATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	
1996	NEOCAINA PESADA	61
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N° 25 30	01
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA DESCARTÁVEL N°	65
	ESCOVA DESCARTÁVEL	02
	COMPRESSAS	10
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPOR LARGO	
3379	MICROPOR FINO	
	JELCO N° 12	01
	LÂMINA BISTURI N° 21	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3780	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	03
3719	SERINGA DE 05cc	03
3697	SERINGA DE 20cc	03
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 3 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	10
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N° 15	03
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	02
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2580	GAZES	100
3549	LUVA PROCEDIMENTO	100
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	MONONYLON N° 20	03
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N° 1	03
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ALCOOL	200 ml
2631	ÉTER	200 ml
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304080	CLOREXIDINA	200 ml
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO	K
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	K
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDIACO	K
	OXÍMETRO DE PULSO	K
	ASPIRADOR ELÉTRICO	K
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	1100
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	500
	HISOCEL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	SE 05/02/2017 500 ml	03
	adplac	
	01 placa extra larga	
	div 05/02/2017 001	
	RAÇÃO CORRETORA	
	DE SEGUROS LTDA	
	10 JUL. 2017	
	Rua da Aurora, Nº 175, St. 902 BL. C	
	Boa Vista - CEP: 50.060-020	
	RECIFE-PE	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:34:06

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021134065680000070521171>

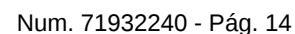
Número do documento: 2012021134065680000070521171

NOME: <u>JOSE CARLOS DOS SANTOS</u>		IDADE: _____ SEXO: ☐ M ☐ F		CIRURGIA		AGENTES		QTDE.
CONVÊNIO: <u>PACOTR</u>		NÚMERO DA CARTEIRA: _____		☐ ELEIVA ☐ URGÊNCIA		Adrenalina		
GUIA DE INTERNAÇÃO: _____		TERMINO: <u>10:00</u>		☐ AMBULATORIAL		Atropina		
SENHA: _____		HORAÍO ESPECIAL: ☐ SIM ☒ NÃO		ESTADO FÍSICO (ASA)		Bexira		
DATA DE NASCIMENTO: <u>11/01/1992</u>		DATA: <u>09.05.14</u>		I II III IV V		Sufocaina Isobarica		
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura da perna</u>						Sufocaina Hiperbarica		
1ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares): <u>Dr. Carlos</u>				2ª Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares):		Eupivacaina		
Equipe Anestesiológica: <u>Luciano</u>				Instrumentador(a):		Cigra		
Procedimentos Realizados: <u>Fratura Cirúrgica</u>				Códigos		Clexane		
						Decadron		
						Dipirona		
						Dipirona PPS		
						Dobutrex		
						Dormomid 15mg		
						Efedrina		
						Esmeron		
						Fentanyl		
						Flaxyl		
						Forane		
						Halotano		
						Hidrocortisone		
						Hypnomidate		
						Ketazol		
						Ketlin		
						Ketalar		
						Laxix		
						Liquamine		
						Methergin		
						Morfin 4mg		
						Narcot		
						Napocin		
						Nimbiam		
						Niprid		
						Noradrenalina		
						Noradren		
						Ochocina		
						Pavulon		
						Piselli		
						Protonid		
						Prostigmine		
						Quailin		
						Raplan		
						Relevan		
						Sevorane		
						Sufenta		
						Tilafil		
						Tacrimum (Atrocine)		
						Ultiva		
						Valium		
						Xyloraine		
						Xyloraine Hiperbarica		
						Xyloraine Spray		
						Zofran		
						Água Destilada - 250ml		
						Água Destilada - 10ml		
						S. Fisiológico		
						S. Glucosado		

Rua da Anestesia - CEP 50.050-010
Boa Vista - RECIFE-PE



1000



PACIENTE: João H. dos Santos
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: 9/5/17 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: Godinho
 1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____
 3ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: Juninho TIPO DE ANESTESIA: bloco
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Furto de fêmur
 TIPO DE OPERAÇÃO: Red. aneurisma fêmur fíbula
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mm
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: AP P. Condila
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____
Não ocorreu

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

- (1) puente de acesso
- (2) Arterial e venosa
- (3) coerência de fúrculas
- (4) Redução
- (5) Fixação
- (6) Schwarz + Quil
- (7) fuso

05.802.494/0001-4
 RACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

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

Dr. Godofredo Nascimento S. J. - CRM 1083 CPE 131.347.044-14
 ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA



HAT HOSPITAL ANTONIO TAVOINO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
HOME	IDADE	CONVÊNIO	
ALA	LEITO	MÉDICO	
DATA: / /		DATA: 10 / 05 / 17	
MANHÃ		Paciente pós-op evolui com consciente, orientado, agindo 55% pre- sentes os cuidados. <i>[Assinatura]</i>	
TARDE		<i>[Assinatura]</i>	
NOCITE		Paciente interna para procedimento cirúrgico 05/05. data 249. <i>[Assinatura]</i>	

05.05.2017/0001-
TRACAO CONCRETORA
DE SEGUROS LTDA
05/05/2017
Rua da Esperança, 150 - Jd. Santa Helena
Boa Vista - CEP: 54060-010
RECIFE-PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data: 02/12/2020 11:34:06
Assinatura: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CPF: 053.777.153

HIT HOSPITAL		PRESCRIÇÃO MÉDICA		ORIGEM	
NOME:		DATA:		LIGADO(H) ASS:	
ALA:		DATA:		RELAÇÃO ASS:	
DIAGNÓSTICO:					
DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO		EVOLUÇÃO MÉDICA	
2	D. pre			Puntal AR-	
4	Rinse 1100	20		Puntal cur	
17	Puntal 40 EV 14/12	20 21		Frente do	
	DECORAR 250P	20 10		Puntal (C)	
	EV de 14/12			94	
	celite-ur 14/12	20 21 10		20/12	
	6.6 L.			CRM 13.174	
	Amoxic 2 14	20 21 10		Origem	
	EV de 14/12			Puntal da	
	CM 14/12			Puntal (C)	
	de S. F.			A	





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

HOME: Joz. Enrique
ALA: Baa

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: 23 CONDIÇÃO: Pacote
LEITO: 32.2 MÉDICO: Dr. Anderson

DATA: 09/05/17

Paciente estável do CC subido
procedimentos Rômulo A. Tibur
MTZ elevado
monte

Carolina N. Ribeiro
COREN-PB 420371

TARDE

Paciente evolui estável
consciente, orientado, memó-
ria, apático, em ventilação
em CP das unidades de
ventilação.

55-80494-8002
TRACAO COMEFOR
DE SEGURANÇA
MAYELI LOPES DA SILVA
TÉC DE ENFERMAGEM
COREN - PB. 888867

Paciente estável, consciente di-
vidado solo como ele, em fôto-
operatório (Tibia) feito medi-
camentos e unidades de enfermaria
egm.

MONTE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-110
RECIFE - PE



HAT HOSPITAL		PRESCRIÇÃO MÉDICA			ORIGEM	
NOME: <u>Dr. Henrique dos Santos</u>		DATA: <u>12/12/20</u> LIGADO(H): <u>11:34</u> ASS: <u></u>			DATA: <u>12/12/20</u> DELEGADO(H): <u>11:34</u> ASS: <u></u>	
ALA: <u>Não</u>		FICHO: <u>22.2</u>			CONVÊNIO: <u>Pacote</u>	
DIAGNÓSTICO:						
DATA	MEDICAMENTOS	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA			
9.5.17			<i>Perfuma</i> <i>Relatório</i> <i>Cumulo do</i> <i>FRUTUA de</i> <i>PRV-@</i> <i>A</i> <i>Dr. Henrique</i> <i>CRM</i> <i>08.10.2017</i>			
D. Me						
Piase 1700	18/22/06					
FILHES 40 EU12/12/20	18/06					
Decadum 2.5 mg						
de 12/12/20	18/06					
Celastat 191 EV 6.0 9/10/16 22/11/20	18/06					
Parasetol 1X	18/06					
one pme 1X	18/06					
Fleuma de						
MIE						

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA:

10/05/19

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

AC AP

Q

Dr. Cordeiro

CRM

ORCA

11.247.111

EVOLUÇÃO MÉDICA

05.802.494/0001-00
TRACAO CORRETO
DE SEGUROS PTDA

10 JUL 2017

Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 Bl. 1
Boa Vista - CEP: 56200-000



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *José Emílio* IDADE:
ALTA: *2014* LEITO: *32-2* MÉDICO: *Geodáfrides*

DATA: *10/09/17*

MANHÃ

TARDE

Paciente em P.O.T. de curativo - perna, a fim de 6500, m.c.p. orientado, visitando diário, diurese presente sem queixas no presente, o mesmo aguardando Prescrição médica.

[Assinatura]
Geodáfrides

NOITE

05.802.494/0001-4
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	fL 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 PENTRA NC
 Material: SANGUE TOTAL

05.802.494/0001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

Dra. Ana Cristina da Silva
 BIOMÉDICA RUA 175, SL 902 BL. C
 BOA VISTA - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Accesse 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 9551
 Unidade Catolé - AV. Visconde Caetano, 877, Catolé, Fone: 83 3063 5577 / 98840 5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4536, José Pinheiro, Fone: 83 98184 1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delcídio Gouveia, 340, Centenário, Fone: 83 98184 2643
 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 Azevedo Sobrinho, 159, Centro, Fone: 83 3361 7237 / 98838 9140
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Serefente de Almeida, 17-A, Fone: 83 98158 3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Garantia para Laboratório Médicos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:34:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021134065680000070521171>
 Número do documento: 2012021134065680000070521171

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

Valor de referência

minutos 5,00 a 11,00

Metodo: JEE-WEITE
Material: SANGUE TOTAL

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUL 2017
Dra. Ana Carolina da Silva
BIOMÉDICA - 50.060-010
CRM-PE 9907
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 Sândia Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102 5577 / 98848.9134
Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063 4848 / 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 / 98840.5038
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 Vin. Paçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198 4705 / 98198 6708
Unidade Queimados - Rua João Barbosa Silva, 45, Centro, Fone: 83 99405 6151
Unidade Esperança - Rua Juvêncio Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361 2237 / 98838 9149
Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17 A, Fone: 83 98198 3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



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

Boa Vista - CEP: 50.060-013
RECIFE-PE

Dra. Ana Cristina da Silva
BIOMÉDICA
CRM-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 2063.4048 / 98198.2596
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 Caixão, 877, Catolé, Fone: 83 9063.5577 / 98840.5098
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4538, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1770

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centurião, Fone: 83 98184.1643
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Fegatelli, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
Unidade Esperança - Rua Juvenalino Sobreira, 152, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
Unidade Cataguá - Rua Felizardo Szeferedo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SIPC
Programa de Qualidade para Laboratórios Médicos



SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 08/05/2017
HORA: 18:15:20



2237196

Profissional	Nome do Paciente	Nascimento	Idade	Sexo	Cor	Naturalidade	Religião
2237196	JOSE ENRIQUE DOS SANTOS	11/09/1983	23	M			1-CATOLICA
Estado Civil	CPF	RG	Grau de Instrução	Profissão			
	113.884.324-56	6.121.582					
Filiação	Mãe	Pai			Fone Residência	Fone Trabalho	
	IVINE MARIA DA CONCEICAO						
Endereço					Complemento Endereço		
	R. JOAO MANOEL DE OLIVEIRA, 105 - COAB, JATAUBA-PE CEP: 55.000-000						
Atendimento	Data	Hora	Sector			Tipo Atendimento	
2237196	08/05/2017	18:12	3008-SECRETARIA CONVENIOS			5-INTERNAÇÃO CIRURGICA	
Médico Atendente						Motivo Atendimento	
1155-GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA						4-INTERNAÇÃO URGENCIA	
Plano / Convênio		Nº Carteira	Validade	Nº CNS			
37-PACOTE1-PACOTE							
Posto		Acomodação		Leito			
Guia		Procedimento					
INTERNAÇÃO		9250568 INTERNAÇÃO					

Recebido
Entregue RX Perna

Dr. Godofredo
OK!
16:55

ala nova 32.1

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JOSE ENRIQUE DOS SANTOS, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado do(a) PE para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Endereço: R. JOAO MANOEL DE OLIVEIRA, 105 Bairro COAB, JATAUBA-PE
Telefone: 81 982771232

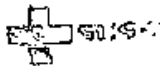
CAMPINA GRANDE, 08 de Maio de 2017

WILMA
Responsável pelo Atendimento

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Responsável pelo Paciente

Albia D. S.
RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 09/05/17





FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA



0000

3 Proximo

Nome: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Idade: 21 ANOS

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: RUA IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO

Cidade: RUA ESQUETADA

País: BRASIL

Município: JATUBA-PE

Responsável/Tratado por: O NENHO

Responsável: RAFAELA ARIELLE GONÇALVES DE SOUZA

Título do Exame: ADELINO JOSE DA SILVEIRA

Exame: D. FERNANDA LEIA

Tratado Anterior

Faixa

Temperatura

Peso

Doenças Condições Referenciais ou Alergia

Prontidão Em Caso de Casos Emergenciais (Acidentes ou Violências)

() 24 Horas de Trabalho () 24 Horas de Trabalho () 24 Horas de Trabalho () 24 Horas de Trabalho

Descrição

Histórico da Doença Atual

Paciente relata batida com pé direito após colisão
de moto.

Diagnóstico Presumido: Trauma

Conduta: Voltarem para IM
Imobilização

92:50hs

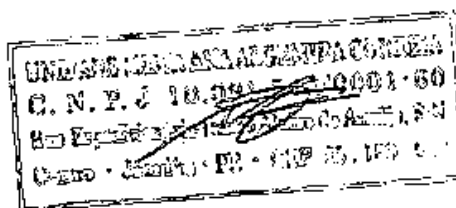
Observação

Atendimento(s) Anterior(es): Data do Atendimento e Duração Presumida

• 21/04/2014 • 18:00/20:00 • C. N. P. J. 10.094.720/0001-60

• 21/04/2014 • 18:00/20:00 • C. N. P. J. 10.094.720/0001-60

• 21/04/2014 • 18:00/20:00 • C. N. P. J. 10.094.720/0001-60



Data da Liberação do Paciente: _____ Hora: _____ h

Assinado e Carimbado por: _____

Assinado e Carimbado por: _____

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Pelo Expediente: Infância e Adolescência, S/N - Caixa CEP 55.100-000 Fone (51) 3045-1131 Fax (51) 3045-1132 - JATUBÁ - PE - CEP 55.100-000

RECIFE-PE



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: **JOSE ENRIQUE DOS SANTOS**

CNPJ: **09.802.494/0001-41**

Sexo: **M** Data de Nascimento: **11/05/1973**

Profissão: **Técnico de enfermagem e cuidados pessoais em saúde**

Filho(a): **Mãe: IVONE MARIA DA CONCEIÇÃO**

PR: **BRASIL DOS SANTOS**

Endereço: **RUA: RUA FREQUETADA**

UF: **CE** JATÁUBA - CE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnóstico Primário	IDADE
0000133414	13/05/2003	VÍRIOSE	34 ANO(S)
0000154723	14/02/2009	DIARRÉIA AGUDA	35 ANO(S)
0000165400	24/05/2009	AMIGALITE	35 ANO(S)
0000197879	13/03/2010	ODONTALGIA	36 ANO(S)
0000213133	13/01/2011	D.S.T	37 ANO(S)
0000213134	13/01/2011	IVAS	37 ANO(S)
0000213762	20/01/2011	IVAS	37 ANO(S)
0000216227	16/03/2011	TRAUMA MÃO ESQUERDA	37 ANO(S)
0000218723	22/02/2011		37 ANO(S)
0000218769	02/03/2011	ORIENTAÇÃO	37 ANO(S)
0000232755	10/06/2011	DDA	37 ANO(S)
0000240088	30/10/2011	QUEDA DE MOTO	38 ANO(S)
0000256172	07/04/2012	ALB	38 ANO(S)
0000256795	07/09/2012	SIND. FEBRIL	38 ANO(S)
0000274822	04/11/2012	AMIGDALITES	39 ANO(S)
0000280635	14/01/2013		39 ANO(S)
0000289497	21/04/2013	AMB	39 ANO(S)
0000291275	10/05/2013	TRAUMA	39 ANO(S)
0000292405	26/05/2013	AMIGDALITES	39 ANO(S)
0000311035	15/11/2013	QUEDA DE MOTO	40 ANO(S)
0000311438	19/11/2013	AMBUATORIO	40 ANO(S)
0000318127	31/01/2014	HAS	40 ANO(S)
0000318182	01/02/2014	H.A.S	40 ANO(S)
0000325581	19/04/2014		40 ANO(S)
0000326121	21/04/2014		40 ANO(S)
0000332637	02/01/2015	TRAUMA	41 ANO(S)
0000381536	04/04/2015	QUEIMADURA	41 ANO(S)
0000382887	12/11/2015		42 ANO(S)
0000383551	21/01/2016		42 ANO(S)
0000440371	15/03/2017	ACIDENTE AUTOMOBILISTICO	43 ANO(S)
0000442700	29/05/2017		43 ANO(S)

09.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIVIA

28 AGO. 2017

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



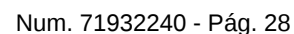
Recibido
Entregue Rx para.
OK!
16:55

CAMPINA GRANDE, 08 de Maio de 2017

WTLMA

JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Responsável pelo Pacote

Libia D. A. S.
RX DE CONTROLE
REALIZADO EM 14/07/17
 Assinatura do(a) Sr(a) Responsável
 Carimbo do(a) Sr(a) Responsável



Godofredo Nascimento Borborema
Ortopedia/Traumatologista
CRM-PB 1853

Jose Henrique dos Santos.

DN. 09.11.1993

AGMULHON

Paciente vítima de acidente
apresentando fraturas do MIE (sic)

Recebido procedimento cirúrgico.

Redução com fixação da
tibia essuenda.

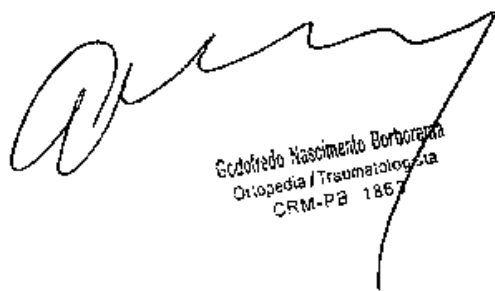
Atualmente apresenta ao dos
ossos da perna (E) com fraturas
consolidadas.

Apto para o trabalho.

ST^a Cruz, 24/08/17 28 AGO. 2017

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE


Godofredo Nascimento Borborema
Ortopedia/Traumatologista
CRM-PB 1853



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

ALIA:

DIAGNÓSTICO:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA:

10/05/17

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

AC AP

[Handwritten signature]

Dr. Cordeiro

CRM

EVOLUÇÃO MÉDICA

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bos Vista - CEP: 50.060-010

RECIBI DE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *José Gonçalves* IDADE:
 SEXO: *M* LEITO: *32-2* MÉDICO: *Georgio Frederico*

DATA: *10/03/17*

MANHÃ

TARDE

Paciente em P.O.T. de curativo - perna, a. final 5500, m.c.p. orientado, utilizando dieta, diurese presente sem queixas no presente, o mesmo aguarda Resultado médico.

[Assinatura]
28/03/2017

NOITE

05.802.494/0001-05
IRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABO. 2017

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



HOSPITAL		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
ANTONIO TARCINO		NOME: <u>João Enneque</u>	IDADE: <u>23</u>	CONVÊNIO: <u>Próprio</u>	
		ALIA: <u>Rua</u>	LEITO: <u>227</u>	MÉDICO: <u>Dr. Guedes</u>	
DATA: <u>09.05.18</u>			DATA: <u>1.1.18</u>		
<i>Paciente admitido do CC anexo a proximidade de 4 km monte MTZ elevou</i> <i>Carolina N. Roberto COREN-PB 320571</i>					
TÍTULO:	Paciente recebe exame consciente, orientado, supe- co, apneia, em ventilação em CP dos cuidados de enfermagem.				TARDE:
	Em POI de tratamento cirúrgico de tórax				
<i>Paciente estável, consciente de entada, sob ventilação em JPB exatidão (7.4g) feito medi- cação e cuidados de enferma- gem.</i> <i>Marcelle L. Gomes Téc de Enfermagem COREN-PB 888467</i> <i>33626</i>					



HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

VOLUME DE SALA
CENTRO CIRÚRGICO Nº 038359

PACIENTE: JOSE HENRIQUE DOS SANTOS

CONVÊNIO: PRAGOTE

DATA: 09/05/17

CIRURGIÃO: PR: GODOFREDO

SUS ☐

PRONTUÁRIO: 925051/2037126

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. JURIATIK

CIRCULANTE: GEDVINE

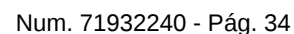
PRONTUÁRIO: 06

HORÁRIO: INÍCIO 09:00 FINAL 12:00

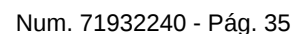
COD	DESCRIÇÃO	QTD	COD	DESCRIÇÃO	QTD	COD	DESCRIÇÃO	QTD
1520	ÁGUA DESTILADA	05	2119	LIDOCAINA 2% SV		0017	ACIFLEX N°	
22819	RANITIDINA	01	2291	LIDOCAINA 2% CV		0018	ETHIBOND N°	
2570	ATROPINA		1995	NEOCAINA PESADA	01	04570	MONOVILON N° 20	09
2072	DIPIRONA	02				0019	CRUMADO SA N°	
70181	PROSTIGMINE					0020	CRUMADO SA N° 1	03
3061	METOCLOPRAMIDA					0021	VICRYL N°	
1941	EFEBRINA					0022	MONOCRYL N°	
4226	GARANITICINA					0023	PROLENE N°	
5304	DIENAMETASODIA	01				0024	ALGODÃO CIA N°	
5395	HEPARINA					0025	ALGODÃO SA N°	
1929	ARASIN					3360	FITA CADIACA	
1899	AMINOFILINA					0026	ALCOOL	
70971	TRANSAMIN					2431	ETER	
70913	NAUSEBON	01				3411	EVI TÓRICO	
70572	THIATH 40mg	01				3403	PVTI DECEHMANTE	
5350	HIDROCOBETISONA					2310	ÁGUA OXIGENADA	
5339	MYNERGAN					4111	VASELINA	
2035	PURPOSEMIDA					304830	CLORENDONA	
4653	CEFALOTINA 1g	02						
70235	QUELICIN							
1077	ADRENALINA							
5673	DOPAMINA							
2003	CLARETO DE SÓDIO							
1918	CLORETO DE POTÁSSIO							
2046	GLICOSE 50%							
1767	CEFTIRAXONA							
70335	SOLU-METROL 500mg							
19972	BICARBONATO DE SÓDIO							
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO							
603792	TURADOL							
4854	DICLAFENACO SÓDICO							
73210	TEAMAL							
46950	PENOBARBITAL							
0925	DIEMPA 10mg							
3034	DIMORFO 0.2mg	01						
3026	DIMORFO 1.0mg							
3982	DULANTINA							
8869	INDANTAL							
69625	DORMONID							
9941	KEVALAR							
70254	ALFENTANILA							
12633	NIMBILUM							
2216	PANCURON							
5031	PROPOFOL							
3842	FENTANYL	67						
70548	TRACUR							
8034	HALOTANO							
12872	SEVORANO							
2780	ISOFLORANO							
8953	TIOPENTAL							
2160	NEOCAINA 0.5% CV							
70750	NEOCAINA 0.5% SV							
9824	NILPERIDOL							
3712	ETOMIDATO							



Rua da Aurora, Nº 175, Sº 902 BL-C
Boa Vista - CEP- 50.060-910
RECIFE-PE



Rua da Aurora, Nº 175, 5L 902 BL C
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: _____ LETTO: _____
 OPERADOR: Godinho
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: João TIPO DE ANESTESIA: bloco
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fúncula de Hirsch
 TIPO DE OPERAÇÃO: Peri. cunha
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fúncula de Hirsch
 RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA: O útero
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: Rp M. Conduta
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: TAHCRA TÉCNICA: RIADUMAS DRENAGEM: TUBA-MATE EMPREGADO: ASPECTO: VICERAS

- (1) pericúlia
- (2) de rim e uretra
- (3) oseres de quipes
- (4) Redução
- (5) Fractos
- (6) Schwarz + Quaresma
- (7) tipo

9470001-43
YRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 125 - 51 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Dr. [Assinatura] 39
CIVIL - 1 of 1312470147
ORTOP. - TRAUMATO.



[illegible]

Nome: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
 Idade: 23 ANOS
 RA: 0110048437 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/mm ³	3.90 a 5.78
Hemoglobina	15,0	g/dL	M: 12,4 a 18,0 W: 12,0 a 16,5
Hematócrito	44,7	%	M: 37 a 55 W: 36 a 49
V.C.M.	91,4	fL	82,0 - 101,0
H.C.M.	30,7	g	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	3600 - 10000
Leucócitos	15011		
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Sgmentados	78	11709	46-67 1.820-5.760
Eosinófilos	1	150	1-5 15-500
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 77-1000
Série Branca:	Leucocitose. Neutrofilia.		
PLAQUETAS	248000	/mm ³	140.000 - 450.000
Série Plaquetária:	Plaquetas normais ao exame de esfregaço.		
Método: AUTOMÁTICO RES. PRÓTECA DO			
Material: SANGUE TOTAL			

802.494/0001-41
 TIAÇÃO CORRETORA
 Dra. Ana Cristina dos Santos
 CRM-PE 6907
 20 ABO. 2017

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

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

RECIFE-PE

Unidades de exames podem ser realizadas em qualquer laboratório credenciado pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco.

Unidade Centro - Rua Santa Teresinha, 41, Centro, Fone: 33 3101 5577 / 33333 9135
 Unidade Imagem - Rua Sebastião Lemos, 73, Centro, Fone: 33 3234 4040 / 33185 2506
 Unidade Páua - Rua Raimundo Alves, 1849, Páua, Fone: 33 3318 1741
 Unidade Cruzeta - AV. Almirante Barroso, 1422, Cruzeta, Fone: 33 3353 3151
 Unidade Caracé - AV. Vitorino Calisto, 877, Caracé, Fone: 33 3363 3577 / 33040 5038
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 4538, 1062, Maracá, Fone: 33 3318 1710

Unidade Hospital Antônio Rangel - Rua Domínio Gouveia, 249, Centro, Fone: 33 3318 184
 Unidade Hospital João XXVI - Rua João Pequeno, 83, Páua, Fone: 33 3318 4703 / 33183 4
 Unidade Quarentena - Rua João Pequeno Silva, 43, Centro, Fone: 33 3318 4703 / 33183 4
 Unidade Esperança - Rua Lúcio de Almeida, 159, Centro, Fone: 33 3363 3257 / 33332 914
 Unidade Cotiguetá - Rua Feitoria de Almeida, 17-A, Fone: 33 3318 1815

CENTRO DE QUALIDADE - CQM
 Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Control Lab



Sigla: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Idade: 21 ANOS
RA: 0110048487 Di Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
Orça: GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1853
Convenio: PACOTE -HAT
Emissão: 08/05/2017 - 21:31:06 Local: ALAN NOVA 32



TEMPO DE SANGRAMENTO

Resultado 1,00
Motivo: DUAL

Valor de referência

minutos 1,00 a 3,00

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Resultado 7,00

Valor de referência

minutos 5,00 a 11,00

Exatidão: 150-WE172
Material: SANGUE TOTAL

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 6907



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

Indique este laboratório para todos os seus exames de rotina, pré-natal, pediátricos e outros. Temos equipamentos e condições de excelência.

Unidade Centro - Rua Sando Borborema, 51, Centro, Fone: 33 2103.3577 / 98446 9179
Unidade Integrado - Rua Sebastião Dantas, 25, Centro, Fone: 33 3066 4045 / 98138 2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 33 94194.170
Unidade Cruzado - Av. Abayazir Barreto, 1493, Cruzado, Fone: 33 6683.6913
Unidade Cristal - Av. Virgílio Corrêa, 372, Cristal, Fone: 33 3063 5577 / 98340 5083
Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 483B, José Pinheiro, Fone: 33 99184.1720

Unidade Hospital Antônio Targem - Rua Delmar Gouveia, 349, Contorno, Fone: 33 59184
Unidade Hospital João XXIII - Rua Nelo Perceira, 21, Prata, Fone: 33 98153.4705 / 98198.44
Unidade Quarenta - Rua João Barbosa Lima, 45, Centro, Fone: 33 99405 4261
Unidade Esperança - Rua Juvêncio Sotomaior, 159, Centro, Fone: 33 3561 2237 / 98838 9149
Unidade Cottingueira - Rua Feliciano Serrão de Almeida, 17-A, Fone: 33 99196 3115

CONTROLE DE QUALIDADE - DEMC
Instituto de Qualidade em Laboratório



Control Lab



Sr(a): JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Idade: 23 ANOS
RA: 0110048487 Dt Coleta: 08/05/2017 - 21:00:09
Di(a): GODOFREDO NASCIMENTO BORBOREMA/1953
Convênio: PACOTE -HAT
Emissão: 08/05/2017 - 21:31:05 Local: ALAN NOVA 32



GLICEMIA

Resultado 87

Unidade: AUTOMAÇÃO INSTRUM 0179
Material: GEM

Valor(es) de referência

mg/dL 70 a 100

CREATININA

Resultado 0,90

Unidade: AUTOMAÇÃO INSTRUM 0179
Material: BUN

Valor(es) de referência

mg/dL Homens : 0,50 a 1,30
Mulheres: 0,50 a 0,80

UREIA

Resultado 26

Unidade: AUTOMAÇÃO INSTRUM 0179
Material: BUN

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 Azevedo Nº 175, SL 902 BL. C
BIOQUÍMICA
CRAM-PE 69020-010
REF: RCT-07



ACESSAR SEMOS resultados online: www.tracção.com.br

Todos os exames devem ser interpretados por meio de métodos, estudos fisiológicos, patológicos e outros. Resultados devem ser interpretados com cautela.

Unidade Centro - Rua Senador Borborema 51, Centro, Fone: 83 3101.5777 / 98638.9135
Unidade Integração - Rua Sebastião Dória, 25, Centro, Fone: 83 3503.4042 / 98152.2506
Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1149, Prata, Fone: 85 98154.1741
Unidade Ouro - Av. Almirante Banto, 1493, Centro, Fone: 83 98636.9151
Unidade Catala - Av. Vigário Carlos 877, Catala, Fone: 83 9863.5177 / 98840.5058
Unidade José Pinheiro - Rua Camões Sá, 4030, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

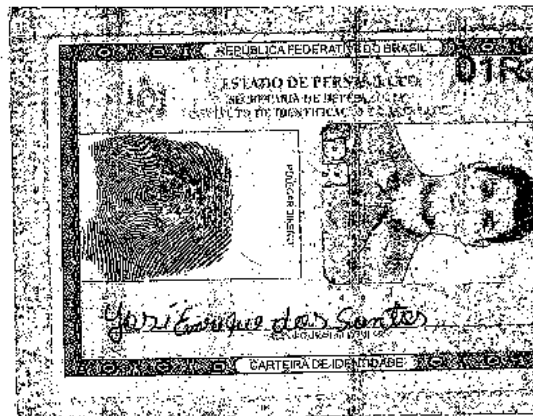
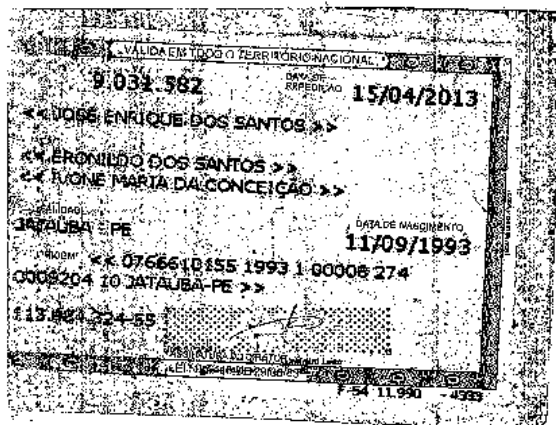
Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Deodoro Cavalcanti, 343, Camaranga, Fone: 83 98184
Unidade Hospital João XXIII - Rua Rio Pajante, 53, Pajante, Fone: 83 98193.4705 / 98198.67
Unidade Condições - Rua João Barbosa Silva, 45, Centro, Fone: 83 98105.9051
Unidade Esperança - Rua João Antonio Sobrinho, 155, Centro, Fone: 83 98161.3237 / 98238.9149
Unidade Cabangu - Rua F. João Sebastião de Almeida, 17 A, Fone: 83 98156.3135

Controlar a QUALIDADE - ISO 9001
Participação em programas de melhoria contínua



Controlar a Qualidade



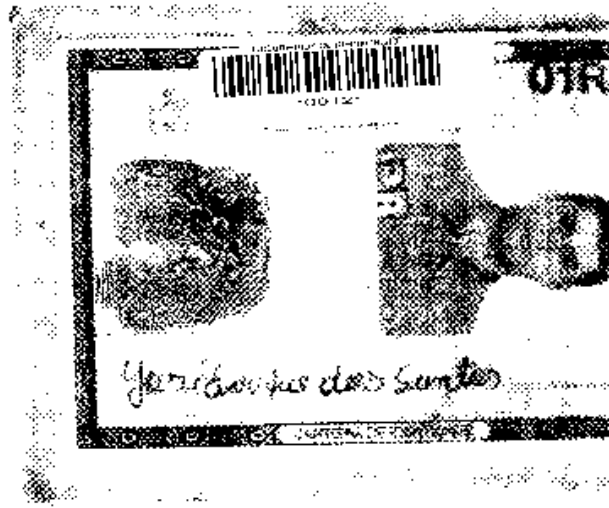
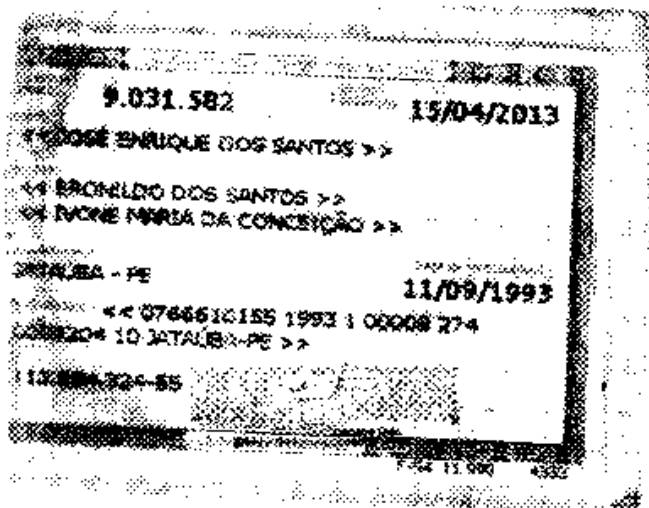


05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2017

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

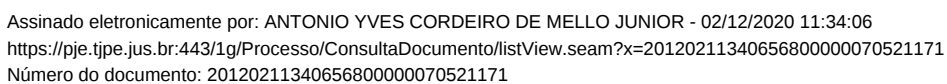




05.802.494/0001-41
FACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS TRAV
2017 09V 07
01/09/2015 11:11:11 AM
JOSÉ ENRIQUE DOS SANTOS
JOSÉ ENRIQUE DOS SANTOS



Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
9444-55,11



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 3ª COTA OU ÚNICA	
	IPVA - 2ª COTA	
	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
	IPVA - 1ª COTA	
MULTAS DE TRÂNSITO		
SEGURO OBRIGATORIO		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

SEU

DISQUE

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

• **INFORMAÇÃO SOBRE COTA** - Para saber a cota de IPVA a ser paga, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "IPVA SP".

• **INFORMAÇÃO SOBRE MULTAS** - Para saber as multas de trânsito, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "Multas SP".

• **INFORMAÇÃO SOBRE SEGURO** - Para saber as condições de seguro obrigatório, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "Seguro SP".

SEGURO OBRIGATORIO DE UNICO PASSANTE

• **INFORMAÇÃO SOBRE SEGURO** - Para saber as condições de seguro obrigatório, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "Seguro SP".

• **INFORMAÇÃO SOBRE COTA** - Para saber a cota de IPVA a ser paga, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "IPVA SP".

• **INFORMAÇÃO SOBRE MULTAS** - Para saber as multas de trânsito, consulte o site do Departamento de Trânsito de São Paulo (www.dts.sp.gov.br) ou o aplicativo "Multas SP".

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: 713884324-55
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
 Endereço: R.D. VM Nº 743
 Bairro: COHAB
 Cidade: JATAUBA UF: PE

OUTORGADO (Procurador):

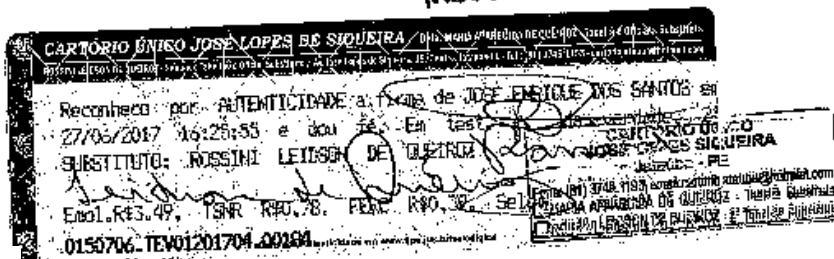
Nome: MARIO SANDOIR DE ARAUJO
 Identidade: 2923963 CPF: 386058734-75
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTONOMO
 Endereço: RUA COLOMBIA Nº 93
 Bairro: DIVINOPOLIS
 Cidade: CARUARU UF: PE

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)
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



10 JUL. 2017
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-013
 RECET-10

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contribuintes 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: 9031582 CPF: 713884324-55
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR
 Endereço: R.D. URA Nº 743
 Bairro: COHAB
 Cidade: YATAPUBA UF: PE

OUTORGADO (Procurador):

Nome: MARIO SANDOIR DE ARAUJO
 Identidade: 2923963 CPF: 386058734-75
 Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: AUTONOMO
 Endereço: RUA POLOM BIA Nº 43
 Bairro: OLIMPOPOLIS
 Cidade: PARUARU UF: PE

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

YATAPUBA 27 de JUNHO de 2017
 Local e Data:

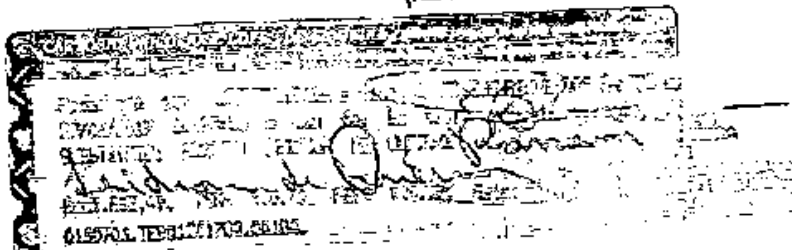
JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

ASSINATURA DO OUTORGANTE (vítima/beneficiário) 494/9001-4
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

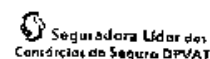
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

28 AGo. 2017

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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.

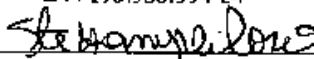
Portador da documentação entregue

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Carolyn 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.

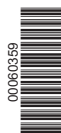
ATENÇÃO:

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

Pag. 00717/00718 - carta_02



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

Pag. 00619/00620 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12059425



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

Pag. 01101/01102 - carta_25 - INVALIDEZ

00020551



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12261775

A/C: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170477086
Vitima: JOSE ENRIQUE DOS SANTOS
Data do Acidente: 08/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIO JANDOIR 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

Pag. 01227/01228 - carta_15R - INVALIDEZ

00020614





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Fili: JOSE ERIQUE DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 9.033.582 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 15/04/2013 ECPF (733882324)-00 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECLUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECLUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ERIQUE DOS SANTOS; AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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 da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL opção 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site do RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPVT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Nº 05.802.494-4
RECEITA FEDERAL
RECITE-PE

IMPORTANTE: também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 003 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2233-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12.138-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

CAVALRU-PE, 03 de JULHO de 2017
LOCAL E DATA

Yori Enrique dos Santos
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.





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



**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

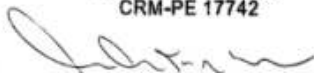
Nome do(a) Examinado(a): Jose Enrique dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Qd Um, 143
Cohab Jatauba PE CEP: 55180-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9031582
Data local do exame: [12/12/2017] Caruaru [PE]

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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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) 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 - JATÁUBA - 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 - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/5/2017** às **14:00**

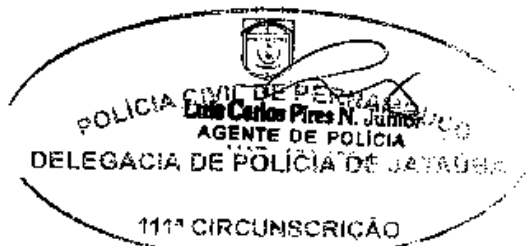
Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JATÁUBA, 1, RIACHO DO JACU - Bairro: ZONA RURAL - JATÁUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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: JATÁUBA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JATÁUBA, 03, QUADRA 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JATÁUBA/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)**

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

Complemento / Observação

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

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.066-010
RECIFE-PE

29/06/17, 10:24



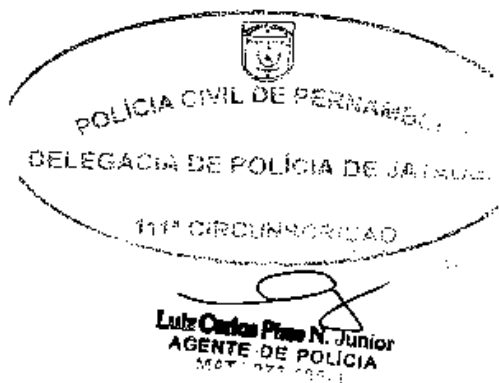
HOSPITAL LOCAL DE JATUBA CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS.

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

Jose Enrique 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



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: 50.060-910
RECIFE-PE

29/06/17, 10:2





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSÉ EVÂNQUE DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 9.031.582 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.884.324-55, 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 Lider 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 Evânque dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

COHAB II - 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
BOQUEIRÃO





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 ou Alergias:

Prevenir 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:

Port. acidente automobilístico em via de esportes.
6 dias 15 dias de internação em UTE.
Dx: O mesmo após exame de imagem abdominal.

Diagnóstico Provisório

Conduta:

Observação:

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

05.803.004/0001-41

TRABALHADOR

DE FÉRIAS

Rua da Aurora, nº 179, 5º andar, BL. C

Recife - PE - CEP 51.030-000

RECIFE-PE

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

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

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Carimbo e Assinatura do Técnico de 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 - Jataúba - PE
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433786

