



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190552765 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: CARLOS EDUARDO LIMA CURIÓ  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADO  
 Profissão: MILITAR  
 Identidade: 8441669 CPF: 119.005.194-36  
 Endereço: RUA 140-95- BATES I - A. LIMA - PE

## OUTORGADO:

Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: DIVORCIADA  
 Profissão: AUTOMOTIVO  
 Identidade: 10.151.898 CPF: 406.013.406-63  
 Endereço: R. BOA SORTE 812-APTO 101 - A. LIMA - PE

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

Abreu e Lima 23.09.19  
 LOCAL E DATA:

Cartório  
 Alfredo Mariano

Carlos Eduardo Lima Curcio

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHEÇA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de CARLOS EDUARDO LIMA CURIÓ, Abreu e Lima/PE, 21/09/2019 12:30:25, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 9,90 TUBO: 0,90 FERM: 0,04 FURISCO: 0,08 Total: R\$ 10,92-NC-3-02173

Selo Digital: 0290607.07700205902.05237  
 Antonio Carlos da Silva - Secretário



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

**CPF:** 113.005.194-36

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA : 406.013.406-63

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

### CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/09/2019  
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 406.013.406-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Steffany Carolyn Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333344/19

**Número do Sinistro:** 3190552765

**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

**CPF:** 113.005.194-36

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO : 113.005.194-36**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/10/2019  
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA  
CPF: 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190552765**

**Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190552765                      Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190552765**

**Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

**Data do Acidente: 08/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190552765

Vítima: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Data do Acidente: 08/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Valor: R\$ 945,00

Banco: 033

Agência: 000004020

Conta: 000001010593-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 445/2012

1 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO 2 - CPF: 113.005.194-36 3 - Profissão: MILITAR 4 - Endereço: RUA 140 5 - Complemento: 95 6 - Estado: AC 7 - Cidade: ADEU LIMA 8 - CEP: 53737919 9 - Telefone: 10 - Celular: 11 - Bairro: PAETES I 12 - Data de nascimento: 13 - Sexo: M 14 - Data de registro: 15 - E-mail: 16 - IM (DDO):

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

17 - Nome completo do representante legal: 18 - CPF do representante legal: 19 - Profissão do representante legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPEANCA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: SANTANDER AGÊNCIA: 4020 CONTA: 01010593

AUTORIZO a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e declarando, desde já e sem reservas, a efetivação do crédito, autuação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito o provimento da ação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, conforme, desde já, em me submeter a avaliação médica e pericial da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestar a, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Cópia de Registro civil da vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informe o nome completo:

28 - Vítima possui filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informe Vivos: Falecidos: 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima possui irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informe Vivos: Falecidos: 33 - Vítima possui pais? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devesse, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem a ela com esta declaração, estando certa, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 319 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido:

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: ADEU LIMA 28/9/19

41 - Assinatura do representante legal (se houver):

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Prejudicado (se houver):

[illegible][illegible]

Imprimamos os papeis termossensíveis com  
uma taxa de 1 abso. Entre outros, com  
fórmulas, símbolos matemáticos, exposições  
de outras imagens, ou de um a lampadas



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA LUCIO 6 - CPF: 113.005.194-36  
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA 140 9 - Número: 95 10 - Complemento:  
11 - Bairro: PAETES I 12 - Cidade: ADEU LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53732-919  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: 4020 CONTA: 01010593

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Dedarei, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Refo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concorrentemente, deixo já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Seporado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou filhos menores? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou irmãos vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a condenação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 210 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura: 09.802.494/0001-41

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: ADEU LIMA 27.9.13

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO  
OSIADOC FINANÇAS ABREU E L. 11/09/2019  
SANTOAGOSTÃO  
11:48:45 (horário de Brasília)  
3306022000000112

MOVIMENTO DE CONTAS CORRENTES  
23/09/2019 13:58 - 01 CONTABIL: 23/09/2019  
BANCO: 0033 AGENCIA: 0020 CONTA: 00001-010593-1  
23/09/2019

01 000000 TARIFA MENSALIDADE	
PACOTE SERVICOS	
01 004029 SAQUE TERMINAL INTER	
AG	
01 050555 COMPRA CARTAO MASTRO	
AG0070/7019	
01 010001 LIQUIDACAO DE VENCIMENTO	
01 004029 SAQUE TERMINAL	
SETEMBRO/2019	
01 010001 LIQUIDACAO DE VENCIMENTO	
01 000000 TARIFA MENSALIDADE	
PACOTE SERVICOS	
01 000000 TARIFA MENSALIDADE	
PACOTE SERVICOS	
01 004029 SAQUE TERMINAL	
SALDO ATUAL	

www.banco24horas.com.br  
Impressão em papel termossensível com  
vida útil de 5 anos. Evite contato com  
plásticos, produtos químicos, exposição  
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 113.005.194-36 3 - CPF da vítima: 113.005.194-36 4 - Nome completo da vítima: CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO

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

5 - Nome completo: CARLOS EDUARDO LIMA PURCIO 6 - CPF: 113.005.194-36  
7 - Profissão: MILITAR 8 - Endereço: RUA 140 9 - Número: 95 10 - Complemento:  
11 - Bairro: PRATOS I 12 - Cidade: ALEXU LIMA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.737-919  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 944457471

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:   CONTA:

AGÊNCIA: 4020  CONTA: 00001-010598

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ALEXU LIMA 15.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FACTSHEET: SOUTHERN  
FARMERS' UNION

DATE: 11/10/19 DATE: 11/10/19  
SHEET: 011-020 - 2 SHEETS  
TOTALS: 007050 TOTAL: 000015

CARLOS TORRES LUNA CHICU CARLOS: 1170  
SHEET: 011-020 - 020 SHEET: 01-010555-1

SHEET: 011-020 - 020  
SHEET: 01-010555-1

TAXA ASESOR: 10.000.000  
SHEET: 011-020 - 020

NO HAY LINGÜEN EN EL MUNDO

OPORTUNIDADES PARA SIEMPRE COMPRENDIENDO  
ATRIPTOSAS DE LOS E NORA ACUMULANDO  
SHEETAS A ALTERNAR

ALCANCE Y AMBITO DE SAN ONCE: 1000 CONSULTAS E  
MANEJOS A QUINQUE HORAS DE LUGAR



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA  
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118008203

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019  
12:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 8/6/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE PARATIBE (BAIRRO), 1, ESTRADA  
DO CLUBE PICA PAU - Bairro: PARATIBE - PAULISTA/PERNAMBUCO  
/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)  
ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR (OUTRO)  
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

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

CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
ANA PATRICIA DE LIMA Fil: ROBERTO CARLOS CURCIO Data de Nascimento: 26/4/1994  
Naturalidade: RESIDE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8441959/389/PE (RG),  
11366518428 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª, GRAU COMPLETO Profissão:  
MILITAR Telefones Celulares:  
- 986338784

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 15, RUA 148, - CEP: 8 - Bairro:  
CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:  
DESCONHECIDO

ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo:  
DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:  
DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 15, RUA 148 - CEP: 8 - Bairro:  
CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

05.802.494/0001-41  
CORREÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/iny/.mfpol/xml/BOEPreview.html

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADINAIL MENDES DA SILVA JUNIOR, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN EBI Objeto apreendido: N/A  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Pista: PF21981 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMANDO QUE TRATEGAVA NO BAGAGEIRO DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA CONDUZIDA PELO SEU IRMAO JA MENCIONADO ACIMA, QUE NAQUELA RUA, ADINAIL PRECISOU FAZER UMA CURVA NO SENTIDO A BR 101 NORTE TENDO NESTA OCASIAO PERDIDO O CONTROLE DA MOTO, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA, O ACIDENTE, QUE O QUEIXOSO FOI ARREMECADO AO SOLO, VINDO A FRATURAR O BRAÇO DIREITO E TAMBEM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO INICIALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRABES, CONFORME ATENDIMENTO 481221 EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MILITAR DE ARCA DO RECIFE ATENDIMENTO 40529333 ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NO BRAÇO FERIDO E PERMANECERU INTERNADO DURANTE DITO DIAS, SENDO LIBERADO EM SEGUIDA.

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

X *Carlos Eduardo Lima Curcio*  
CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO  
(VITIMA)

S.O. registrado por: JOÃO VIRGINIO ALVARO FILHO - Matrícula: 251088-8



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190552765 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO **Data do acidente:** 08/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE  
FRATURA DA DIÁFISE DE ULNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA ULNA (P.10)  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FACE.  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
113.005.194-36 113.005.194-36 CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEF Nº 435/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:  
CARLOS EDUARDO LIMA LUELIO 113.005.194-36  
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
MILITAR RUA 140 95  
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:  
PARTEZ I ADREU LIMA PE 53732919  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (345)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 4020 CONTA: 01010593  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando a direito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (m. Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiros herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 216 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º Nome: CPF: Assinatura: 05/802.494/0001-41  
39 - 2º Nome: TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA CPF: Assinatura de testemunha: 28.001.200

40 - Local e Data: ADREU LIMA 23/9/13

42 - Assinatura do representante legal (se houver):

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 481221

Data e Hora: 08/06/2019 17:01

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126422 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/04/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANA PATRICIA D ELIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: SEM INFORMACAO

0

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

16:35

Queixa Principal

Queixa Principal: Dor abdominal com início de náusea recente (h. 12). Refere uso de álcool. Afirmação de não ter paciente (queixa) - 12 de dor em h. 12.

Exame Físico

Ex. físico: Abdominal, inspeção, palpato, percussão, auscultação. (12)   
 SUC = Ach. 21 FC = 104 bpm (12)   
 RR = 18 rpm (12)   
 PA = 110/70 mmHg (12)

Hipótese Diagnóstica

MSE = 12 / 12 / 12 / 12 / 12

MSE = 12 / 12 / 12 / 12 / 12

Prescrição Médica

SUC = ECG = 12 / 12 / 12 / 12 / 12

12 - Rx / 12 / 12 / 12 / 12

12 - Rx / 12 / 12 / 12 / 12

Assinatura e Carimbo/Médico

12 de 12

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26.01.2019

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido Para

( ) Encaminhado ao setor de internação

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

RECIFE-PE

- Tratar 12 + 12 de 12 / 12 / 12 / 12 / 12

(12 de 12)

12 de 12 + 12 de 12 / 12 / 12 / 12 / 12

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04020

CONTA: 000001010593-1

---

Nr. da Autenticação B308B5A7FEA2B171

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1402801401

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE SAENOS 111 - BOA VISTA  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.888.332/2003-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-99



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 27/04/02  
COMERCIAL 119 | PROTEÇÃO 119  
Atendimento ao deficiente auditivo ou da fala: 0800 202 0142  
Ouvidoria: 0800 202 3359  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco - ARPE 0400 127 0197  
Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187  
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE</b> <b>ANA PATRICIA DE LIMA</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>24/09/2019</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 17/09/2019	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>7028877174</b>
<b>ENDEREÇO</b> RUA CENTO E QUARENTA 95 - QD 158 - CAETES I/ABREU E LIMA - 53530-222 ABREU E LIMA PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> <b>R\$ 63,97</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 17/09/2019	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico 81
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 19/08/2019 a 17/09/2019	<b>CONSUMO</b> 29	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> 077848365	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00			
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>		

Destaque aqui

<b>CONTA CONTRATO</b> 7028877174	<b>MÊS/ANO</b> 09/2019	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 63,97	<b>VENCIMENTO</b> 24/09/2019	<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838900000005 639700110074 028877174105 168054878131 				<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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





AVENIDA CRUZ CABUGA - MUN. 1267 - SANTO AMARO RECIFE-PE  
CNPJ: 00040-000. Fone: (041) 0400-081 0130  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014388-3  
CNPJ: 08.769.036/0001-66  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201908107036517

Recritório: ABREU E LIMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

SACADA DO CLIENTE

LUCIMAS DA SILVA OLIVEIRA

R. BOA SORTE, N. 00813 - CASA-101.1 ANDAR - DISTRITO ABREU E LIMA PE 53570-110

INSCRIÇÃO: 165.110.031.0008.004

GRUPO: 13

OPÇÃO DEB, AUTOMÁTICO: 10703651.7

PROPOSTA:

RECURSO: ÁGUA E ESGOTO

MATRÍCULA:

10703651.7

08/2019-1

SITUAÇÃO ÁGUA

LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO

POTENCIAL

RESIDENCIAL

1

QUANTIDADE DE VOUCHERS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

INDICADOR

A16E400463

DATA LEIT. ANTERIOR

07/08/2019

DATA LEIT. ATUAL

06/09/2019

Tipo de Consumo (A/E)

REAL /

Água

LEIT. ANT.: 222

CONSUMO: 7

ESGOTO

LEIT. ANT.: 0

VOLUME: 0

LEIT. ATUAL: 229

LEIT. ATUAL: 0

LEIT. PAT.: 229

LEIT. PAT.: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

07/2019 8/

A

B

C

08/2019 8/

A

B

C

09/2019 8/

A

B

C

10/2019 10/

A

B

C

11/2019 12/

A

B

C

12/2019 12/

A

B

C

MÉDIA 10/ 5

A

B

C

PARÂMETROS

NÚMEROS DE ANÁLISES

EXIG. PELA POST.

NR 2.914/11

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDIMENTO A

LEGISLAÇÃO

TURBIDIDADE

83

83

83

COR APARENTE

83

83

83

COLOR RESIDUAL

83

83

83

COLIFORMES TOTAIS

83

83

83

E. COLI

83

83

83

OBSERVAÇÕES: (1) CULIFORMES TOTAIS ADEQUADA EM 99% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO

INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.

(3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

7 M3

44,08

EXISTENTE	VALOR DE 12 M3	TRANSFORM. 12	VALOR DE 12 M3
PIB	44,08	1,46	8,73
COFINS	44,08	7,60	3,35

VERCIMENTO:

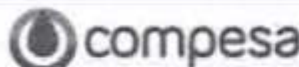
20/09/2019

TOTAL A PAGAR:

44,08

Enviado por: INTERNET

Enviado em: 25/09/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810165



0800-2813844

MATRÍCULA:

10703651.7

08/2019-1

VERCIMENTO:

20/09/2019

TOTAL A PAGAR:

44,08

VIA COMPESA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

RECIFE-PE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 9h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SIBL/OTEC/WEB/DOC/ORIGINAL/ASPX?TIPO=1&CODIGO=25536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, sob determinação da referida Circular, está recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALIANTO, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Luzimar da Silva Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 406.017.406/63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Carlos Eduardo Lima Curcio inscrito (a) no CPF sob o nº 113.005.191/34

do sinistro de DPVAT cobertura INVULNER da vítima A MESMA

inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar.

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

Endereço: <u>Rua dos Sertes</u>	Número: <u>812</u>	Complemento: <u>APTO. 102</u>
Bairro: <u>WESTERD</u>	Cidade: <u>ABREU LIMA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>53570-110</u>	Tel. (DDD): <u>81. 99745-7471</u>

Local e Data:

ABREU LIMA 24.09.19

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficiências auditivas e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 022 91 95

Eu, ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR

RG nº 9628840, data de expedição 22/08/17

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 704.142.504-51

com domicílio na cidade de ABREU E LIMA, no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA 140, nº 75

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

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

CARLOS EDUARDO LIMA CUEGIO, cujo o condutor era

ADINAEI MENDES DA SILVA JUNIOR

Veículo: MOTO Modelo: FAN 150 ES1 Ano: 2.012

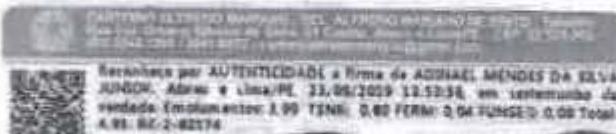
Placa: PFZ 1191 Chassi: 9C2K E K670 CCE1278Y

Data do Acidente: 08/06/2019

Local e Data: ABREU E LIMA 23.09.19

  
Assinatura do Declarante

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



Selo Digital: 559607 6YV89205082 01807  
Adriana Correia da Silva - Secretária



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 481221

Data e Hora: 08/06/2019 17:01

Senha da Classificação:

0021

Paciente: 126422 CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/04/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANA PATRICIA D'ELIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: SEM INFORMACAO

0

Bairro: CAETES I

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

16:35

Queixa Principal

EXATAS TRAZIDAS POR FAMILIARES COM HISTÓRIA DE QUEIXA DE VÔMITO HÁ 10 DIAS. REFEREM USO DE ALCOOL.

AFIRMAM QUE NÃO. PACIENTE QUEIXA-SE DE DOER EM COSTAS

Exame Físico

ECG, EUPNEICO, ORELHITAS, COMPLETO, (PULSO FREQUENTE?)

PA = 120/80 - FC = 104 bpm (PULSO FREQUENTE)

DEBILIDADE, APETITE DEPRIMIDO

DOER = PULSO FREQUENTE

MAIS = PULSO FREQUENTE / PULSO FREQUENTE

Hipótese Diagnóstica

MAIS = PULSO FREQUENTE / PULSO FREQUENTE

MAIS = PULSO FREQUENTE / PULSO FREQUENTE

Prescrição Médica

SVC = ECG = 12 / PULSO FREQUENTE / MAIS

05.802.894/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

- TRAKK 100mg + LOOSE STOK W 8/8h S/N

(ASSOCIADO A QUIMIOTERAPIA)

- PAINET 100mg + 100 W 8/8h S/N



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/06/2019 16:50



Nome Paciente: IGNORA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 451221

REGISTRO: 126422

PACIENTE: CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

NASCIMENTO: 20/04/1994

IDADE: 25 SEXO: MASCULINO

MÃE: ANA PATRICIA D. LIMA

ENDEREÇO: SEM INFORMACAO, NUMERO: 8

BAIRRO: CAETES I

CIDADE: ABREU E LIMA

Período: 08/06/2019 16:54 - 08/06/2019 16:55

MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO DE DEMANDA COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, CHEGA AO SERVIÇO SONOLENO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO

Exograma sintoma: T.C.E

Examinador(es): PERDA DE CONSCIÊNCIA

Localidade: CIRURGIA GERAL

REVISADO  
NEPI

HMA - Hospital Metrop. Norte Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sinais e Sinais

Local: St. Amador de Oliveira

Enfermeiro

COREN: 454133

Acolhido(a) por: MARCELO ROBSON OLIVEIRA PEREIRA MATOS - COREN: 454133 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/06/2019 16:55

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

26 SET 2019 Página 1 de 1

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

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 481221      Prontuário: 126422      SAME: 113172      Hora Atend: 17:01      Data Atend: 08/06/2019  
Paciente..... : CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO      Idade: 25 a  
Endereço..... : SEM INFORMACAO  
Bairro..... : CAETES I  
Cidade..... : ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53530785  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal..... : -  
CID's Secundários :  
Resultado..... : TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALA  
Data Saída..... : 09/06/2019      Hora Saída : 15:46

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DIAGNOSTICO  
HMAR

PLANTONISTA CIRURCIA GERAL / 12347  
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

# HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente: **ROD ELY CARLOS EDUARDO LIMA CIRÍACO - MA**  
 Preterno: **01502.0228** Idade: **15 anos 3 Meses 11** Sexo: **M** Unidade: **PM SL 01** Lema: **Poltrona - 0001**  
 CID: **S52.2 Ferida da diafrase do cubito** Ingresso: **19-06-2019 16:54** (Poltrona 01)  
 Situação: **MA TS - FRI - Tipo ATD EMERG**

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202830 0008 0004

DATA: 11-06-2019 22:57	TIPO: EV MEDICA	VISTO:
<p>REGISTRO</p> <p>ORTOPEDIA - 11/06/19</p> <p>MOI PRATICA ORFANARIA DE UMA DIRETA</p> <p>PACIENTE PRESENTANDO PRECISO INCONOMO EM ESCORRACOES NEGA OUTRAS QUEBRAS</p> <p>AO EXAME: EGR. ISCORRICO, CORADO, EUPNEICO, CONSCIENTE</p> <p>USO EM USO DE TIA A AXILLO PALMAR, NEUROVASCULAR PRESENTANDO, PRESENÇA DE ESCORRACOES EM CAMPO DIREITO</p> <p>ESCORRACOES EM CAMPO ESQUERDO, JOELHO DIREITO E PE DIREITO</p> <p>CDI</p> <p>SOLICITO HEMOGRAMA E COAGULOGRAMA</p> <p>ACUADA PROCPAMACAO CIRURGICA</p>		
Princ-CP	Posto Gradhuone	REGISTRO Assinatura
30622665009	1 TEN HUGO SOARES FERNANDES	

Relatório gerado por 30622665800 em Ter 11 Jun 2019 22:59:55

HUGO S. FERNANDES  
 1º TEN. Médico  
 CMA-PE 27.847  
 101.07/04/2019 T. MO/ER

#42/2019/19

ADZ 14 - Ex Uma ⑤

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 26 SET 2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP 50.060-010  
 RECIFE-PE

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: JPB em tratamento EDUARDO LIMA CUNHA - Mx  
 Matrícula: 61502 0008  
 CID: S12.2 Fim de doença de caráter  
 Município: MA - TB - F100 - Tipo K10 EMERG  
 Data de nascimento: 23 anos f  
 Sexo: M  
 Data de entrada: 18-09-2019 15:44  
 Data de saída: 18-09-2019 15:44  
 Polígrafo: 0001 (Poliografia 07)

CIDRGO DO ATENDIMENTO: 01502 02636 0008 0005

DATA: 12-09-2019 09:18 TIPO: EVOLUÇÃO

HISTÓ:

## HISTÓRICO

PRIMO GRUPO - 1209/2019

1. FRACTURA COMINUTADA DE ULNA DIREITA  
 2. FRACTURA DE FACE

PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.  
 LAUDO DE TAC DE CÂVULO REVELANDO NO FIM DE TUBO LÍQUIDA NA PAREDE LATERAL DO NÍTRIO, VARIAS OBITOS, ASSOCIADO A HEMORRAGIA.

NO EXAME  
 RAX - CONSTATADO CONTINUIDADE ESCARNO, HEMORRAGIA, EQUIVOCADO EM AIR AMBIENTE.  
 RAX - EM AX - SÓ  
 RAX - RAX EM 27.09.2019. SÓ.

1. SOLICITO EXAM. TAC DE FACE.  
 2. AGUARDAR PARCELA DA BNP PARA TAC DE ENCE.  
 3. AGUARDAR PARCELA CARDIOLOGICO.  
 4. AGUARDAR CRISE.  
 5. AGUARDAR CLÍNICA.

Rec-CP	Prota Grupos	HISTÓRICO	Assinatura
06/11/2019	1. TCM DEBORA DE LIMA COSTA FERREIRA		

Relatório gerado por 30616581500 em Qua 12 Jun 2019 09:25:12

1º JPB  
 CDR - 2º JPB  
 001 0102636375 EN

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



13/06/2019

Prescrição Eletrônica - 01502 02503 0008 0007 - 0541852088001 CARLOS EDUARDO LIMA CUNICIO

## HOSPITAL MILITAR DE ARRA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Prontuário: 000 001 CARLOS EDUARDO LIMA CUNICIO - MA  
 CID: 8588.02203 Idade: 35 anos e Sexo: M Unidade: PH BL 01 Lote: Prontuário: 0001 (prontuário 01)  
 CID: 858.2 Função: médico de cabine Data Início: 19-06-2018 18:44

CÓDIGO DO ATERMOAMENTO: 015020208 0008 0007

DATA: 13-06-2019 12:38	TIPO: EVOLUÇÃO	MARCA
REGISTRO		
A PEÇA CATEQUIZADORA		
DA ANCI DEBIA COMPROVAÇÃO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO - FRATURA DE ULNA DO COTOPODEÇÃO CANTOPOCA DEBIA USO DE MENDICAMENTOS MENDICAMENTOS DEBIA SONDAR, EDO N. SEM SONDAR DE SONDAR CANTO COTOPOCA PARA O PROCEDEMENTO CANTOPOCA - BANDO MENDIC CANTOPOCA		
Prontuário	Prontuário	REGISTRO
000000000	1 ITEM DEBIA CANTOPOCA DA ULNA	

Relatório gerado por 30505525100 em Qui 13 Jun 2019 12:31:14

13/06/2019 12:38  
 01502 02503 0008 0007  
 0541852088001  
 CARLOS EDUARDO LIMA CUNICIO

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

10/06/2019

Prescrição Eletrônica - 01502 028 38 0008 0001 - (35498208800) CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Nome: CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO - MA  
 Matrícula: 01502 028 38 0008 0001  
 Data de Nascimento: 25/09/82  
 Sexo: M  
 Tipo de Exatidão: 100% (Problema 88)  
 Data de Emissão: 10/06/2019 10:44  
 Data de Validade: 10/06/2019 10:44

CÓDIGO DO ATENDIMENTO 015020283800080001

DATA: 10-06-2019 às 14:47	INFO. EVOLUÇÃO	INTERO
<b>REGISTRO</b> POSTO MEDICO - JARDIM AS 10 30 H NO INSTITUTO OBFIPARMA DE LIMA CUNHO INCIDENTE: NEGRA QUERIDOS NO EXAME: EDA: 30 ANOS, COR: BRANCO, HIGIENADO, EUPÓRICO, CONSCIENTE, PRESSÃO DE SANGUE: 120/80, FREQUÊNCIA CARDÍACA: 70, TEMPERATURA: 36,6, SATURADO DE OXIGÊNIO: 98%, PESO: 65 KG, ALTURA: 1,70 M, TENDÃO DE OXIGÊNIO: 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142,		



# HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES

Paciente: (502 EIV) CARLOS EDUARDO LIMA CURECO - MA  
 Prontuário: 01502 020028 Idade: 25 anos 1 Sexo: M Unidade: 07 Enfermaria Lemel Camo 1001 (Apr. 11)  
 CID: 532.2 Frac de defesa do cubito Data intern: 10-06-2019 10:44  
 Salação: MA TS: - Fmt: - Tipo: ATD EMERG

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0003.0008

DATA: 13-06-2019 17:29	TIPO: EV MEDICA	VISTO:
<p>REGISTRO</p> <p>EVOLUÇÃO MEDICA - 13/06/2019 - PMACH</p> <p>HO:</p> <p>1. FRATURA DIAPHRAMA DE ALUNA DIREITA ✓</p> <p>2. FRATURA DE FACE</p> <p>EM USO DE SINTOMÁTICOS:</p> <p>EVOLUÇÃO:</p> <p>PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. EVOLUINDO SEM QUEIXAS NEM INTERCORRÊNCIAS.</p> <p>AO EXAME:</p> <p>ECG: REGULAR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, HIPERTIVO, NORMOCORADO, ACAMOTICO, ANCTÉRICO</p> <p>AR: MV+ EM APT. SINA</p> <p>ACV: RCR EM 21, BRF, S/S</p> <p>CD:</p> <p>1. MANTENHO SINTOMA</p> <p>2. AGUARDO PARECER CARDIOLOGICO;</p> <p>3. AGUARDO CIRURGIA</p> <p>4. VIGILANCIA CLINICA</p>		
Pres-CP	Pres-Gratidão	REGISTRO Assinatura
30022645000	1 TEN AURELIAN FERREIRA DA SILVA	<p>Aureliano FERREIRA</p> <p>1° Ten - Médico</p> <p>CRM 0122413</p> <p>Idel 070300067-1 MDIEP</p>

Relatório gerado por 30022645000 em Qui 13 Jun 2019 17:37:30

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

14/06/2019

Prescrição Eletrônica - 01502.02838.0008.0009 - (3549820800) CARL OS EDUARDO LIMA LOPES JR

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: (MO EM) CARLOS EDUARDO LIMA LOPES JR - MA

Prontuário: 01502.02838

Idade: 25 anos 2

Sexo: M

Unidade:

5ª Enfermaria Leito:

Cama: 0011 (Apt 11)

CID: S52.2 Fvnl de diálise do crânio

Data Intern: 10-08-2019 10:44

Solução: MA TS - FROF - TCV/ATD EMERG

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0008.0009


DATA: 14-06-2019 08:17 TPID: EV ENFERMAGEM

NÍVEL:

## REGISTRO

paciente consciente orientado admitido da USOB para realização de cura cirúrgica da fratura em antebraço após alongo tendão da diáfise

enclausurado no bloco cirúrgico sem intercorrências

Proc-CP	Prost GrndNome	REGISTRO Assinatura	
77111026000	SC RUI TANI	 Rui Tani Enfermeiro CRESSUS 58711825 CR 118715	

Relatório gerado por 77111026000 em Sex 14 Jun 2019 08:19:10

 05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

15/06/2018

Prescrição Eletrônica : 01502 02838 0008 0011 - (35498208800) CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: (35498208800) CARLOS EDUARDO LIMA CURCIO - MA

Prontuário: 01502.02838

Idade: 25 anos 2, Sexo: M

Unidade: 4ª Enfermaria Leito: 119

Cama: 0011 (Apt 119)

CID: 853.2 Frac da diabetes do adulto

Data Início: 10-06-2019 10:44

Situação: MA TS - PRH - Tipo: ATD EMERG

CODIGO DO ATENDIMENTO: 0150202838.0008.0011

DATA: 15-06-2019 08:13 TIPO: EV. MÉDICA

VISTO:

## REGISTRO

## ORTOPEDIA

HD: 1 DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ULNA DIREITA.

## PACIENTE SEM QUEIXAS

AO EXAME: EGAL, ISOCÓRICO, CORADO, HÍDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, SEM USO DE TALA AO LO PALMAR, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO, PE ESQUERDO, JOELHO DIREITO

ID: 30622685800

NOME: HUGO SOARES FERNANDES

Pós-CP

REGISTRO Assinatura

30622685800 1 TEN HUGO SOARES FERNANDES

HUGO S. FERNANDES  
1º TEN. Médico  
CRM-PE 22.847  
101 80024940001-41

Relatório gerado por 30622685800 em: Sab 15 Jun 2019 08:15:14

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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

16/08/2019

Prontuário Eletrônico : 01502.92838 0000 0913 - (3544300660) CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO

## HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE - REGISTRO DE EVOLUÇÕES



Paciente: CSO SR CARLOS EDUARDO LIMA CUNHO - MA  
 Prontuário: 81502.92838  
 CID: 852.2 Fim de estirpe do sódio  
 Serviço: MA TS - TIRX - Tipo ATO ERENO

Unidade: 35 Av. 2  
 Data Início: 16-08-2019 10:44

CÓDIGO DO ATENDIMENTO 0150202838 0006.0013

DATA: 16-08-2019 08:49	TIPO: EV MEDICA	VISTO
<b>REGISTRO</b> ORTODONTIA PCT EVOLUENDO COM SEM INTERCORRENCIAS SEM QUADROS ECOGOM, EUPNEICO, CORNADO, HODONADO, AFBELA ALTA PERMISSÃO DE AMBIS ANTIBIOTICO ORAL E ANALGESIA		
Out-CP	Posto Quadrante	REGISTRO
024168023100	MAU ROMEIRO SILVEIRO OLIVA CANTI NEVES	Assinatura

Relatório gerado por 024168023100 em Dom, 16-Jun-2019 08:50:59

05.802.494/0001-41  
 TRACAO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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





MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
CMNE - 7ª RM  
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE  
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



Carlos Eduardo Lima, médico

Atesto para fins de seguro de vida que  
o paciente acima nomeado sofreu acidente  
de trânsito ocasionando fratura ulna e  
humeros a 10 cm dos pontos - ortopédica  
com placa

Obtido alta médica e alta da lesão  
sem sequelas

S52.2

RECIFE, 26 SET 2019  
CARLOS EDUARDO LIMA  
MÉDICO

77/09/19

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

26 SET 2019

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



26 SET 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE