



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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para eficientes auditivos e de fala): 0800 922 32 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA 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 DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 042285804/83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCCIANO BORGES DE ARAUJO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.520.104-63

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCCIANO BORGES DE ARAUJO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.520.104/63, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Rende: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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 FIDELIS BATISTA ABUIAR</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>MORRO DA CONDIÇÃO</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>DJEVANSOARES@EMAIL.COM</u>	CEP: <u>52280-365</u>	Tel. (DDD): <u>81 98535-6374</u>

Local e Data: RECIFE 02 DE JANEIRO 2020

Djevan Soares do Nascimento
Assinatura do Declarante

Atendimento: 494153

Data e Hora: 08/09/2019 07:14

Senha da Classificação:

Paciente: 129207 LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/09/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARINETE BORGES DE ARAUJO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BAUXITA

33

Bairro: AMARO BRANCO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

Hipertensão

Nega alergias

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Urticária de politrauma, edema motor como (com uso de capote). Nega perda de consciência ou vômitos. Acidente há cerca de 30 min. trazido pelos bombeiros. Refere uso de álcool e maconha há 12 horas.

Exame Físico

A: Mucosas úmidas, pele com edema cervical / B: SPO₂ 93% em AA, MV bilateral e simétrica / C: PA 110x80 mmHg FC 98bpm. Ausência de sangramentos ativos visíveis. D: Glasgow 15 / E: edema de membros inferiores e escrotal bilateral, sem hematomas. Fratura exposta de M5E e lesão contusa em M1E.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Prescrição Médica

Seguir Rx de trauma + TAC abdome + lob
Avaliação da Ortopedia.

SFO 9% - 2.000ml, EV, abate, agora.

Opiuma 1grama - 2amp, EV, agora.

Pentozina 25mg - 1 amp, IM, antes da TAC

Alclacortisona 50mg - 1 amp, t 40, EV, antes da TAC

Sat

Uet

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

SOT4 →

08/09/18

07h

SOT #
Hofe Purgas Lombo + FR. Eritolo Gto Velz + FORTAMENTO EXTENSO
LATERAL COXA (E)
Purgas Trazendo Lom Gto de Lombo
em FRANCHIA ALGIDA + COLAR cervical INFLUENTIA
com OREIXA DE ORA GTH HEMIBASILE INFERIOR
+ BACIA + REGIÃO INGUINAL (D) + COTOVELO (E)
+ TORNOZELO (D) + LIT + LHAS ALOS OCI-
DENTE MOTOCICLISTICO (COLISSA CONTRA AUTOMÓVEL)
USOS: QUINTAIS / VIMINOS / ALGIDA
LIT (E) / OM (E)

As bases:

- ECG, Eritolo, ACIMOTIV, CONVICTO ALGIDA
- ADD = OTOLOLO em HEMIBASILE INFERIOR
- MSE = OCTOTIVAS em COTOVELO + FORTAMENTO
em REGIÃO LATERAL SANGRANTE
NV (E)
- ACU = RCH 27 FC = 60 bpm para LIT / $p = 110 \times 30$
mmHg
- MIE = FORTAMENTO EXTENSO em REGIÃO LATERAL
DE COXA (E)
PILACIÃO DE TOCOS / POCAS / TORNOZELO /
LIT
- MS (E) = MOBILIDADE E POCAS INFERIOR
- POR A MOBILIDADE DE BACIA
- POCAS DE COLUNA VERTEBRAL INFERIOR
- FORTAMENTO em SUPERCILIO (E)
- SNL = ECG = 15 / POCAS INFERIOR / RCH (E)

CONTINUA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Wesley Roberto de Aguiar DATA DE NASC.: 11/11/1987
 NOME SOCIAL: 129207 REGISTRO: 132
 SETOR: 1 ENFERMARIA: 1 LEITO: 132

DATA/HORA	
08/09/19	CONTINUAÇÃO.
	<ul style="list-style-type: none"> - Analgesia / antibioticoterapia - VLM - Contusões - Rx Bacis / Cotovelo / Braço / Antebraço (E) - Tenosiotomia - Agulha punção na base (70 de 480) - Bloco
08/09/19 10h	<p>#C6#</p> <p>Paciente mantém estabilidade hemodinâmica, refere dor em abdome inferior, nega dor em região genital.</p> <p>- fsc de abd. importante aumento do espaço vesico-uretral, com modificação da parede inferior da bexiga, questionando extravasamento de contraste em uretra protética. Cesão vesico-uretral? Peguando o lig. lúmen em espaço vesical anterior.</p> <p>#CD: (D) Panada sup no 14. Sem intercorrências, com saída de aprox 80ml de urina clara.</p> <p>(2) Liberado pt intervenções da ortopedia em bloco cirúrgico.</p>
	<p>Duilio Neto MR Cirurgia Geral CRM-PE: 27.508</p>

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Wanda 50965 Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

08/10/19

Done on 08/09/19

Dissenter n. someone who

Two-A-Five

+ Expts & Calculations are
in 17/09/19

Done en 24/09/19

Focus v Air Pump

Printer please see,

Son Quang Anh,

for 2 Gen A1A2, 2

21/12

$N \rightarrow \text{Nucleus Spring}$

NA [unclear]

Solo Avanti a Vowas

+ photos now

Fábio Kauffman
Ortopedista
CRM: 14.322

Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		2 - CNES	6431569
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
- Nome do Paciente JUCIANO BORGES DE ARAUJO	
6 - Nº Prontuário 129207	
- Cartão Nacional do SUS 702305161430018	8 - Data de Nascimento 27/09/1968
9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 04 - Amarela
10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica	12 - Telefone de Contato 8198530777
14 - Telefone de Contato	
- Nome da Mãe MARINETE BORGES DE ARAUJO	
- Nome Responsável MARINETE BORGES DE ARAUJO	
- Endereço (Rua, Nº, Bairro) UA BAUXITA, 33 - AMARO BRANCO	
- Município LINDA	17 - IBGE 260960
18 - UF PE	19 - CEP 53120520

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais Sinais e Sintomas Clínicos
DEFORMIDADE E FERIMENTO EM COTOVELO ESQUERDO + DOR EM TORNOZELO DIREITO + DOR EM REGIÃO PUBICA E REGIÃO INGUINAL DIREITA + DOR EM REGIÃO INFERIOR HÁ 1 HORA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CONTRA AUTOMÓVEL)
FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO

- Condições que justificam a internação
NECESSIDADE CIRURGICA

- Principais Resultados de Provas Diagnósticas
AMNESE / EXAME FISICO / EXAMES DE IMAGENS

- Diagnóstico inicial / Código

24 - CID-10 Principal S334	25 - CID 10 Secundário Z000	26 - CID 10 Causas Associadas 0408040262
--------------------------------------	---------------------------------------	--

FRATURA TRAUMATICA DA SINFISE PUBICA

- Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO

28 - Código do Procedimento
0408040203

- Especialidade

CIRÚRGICA	30 - Carater de Atendimento 2	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> (X) CNS <input type="checkbox"/> () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 980016296170365
------------------	---	--	---

- Nome Profissional Solicitante/Assistente

FELIPE NUNES DA SILVA	34 - Data da Solicitação 08/09/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) 20818
------------------------------	---	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CNAE

- Vínculo com a Previdência

☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado

AUTORIZAÇÃO

- Nome do Profissional Autorizador

Dr. Antônio Augusto de Oliveira	47 - Cód. Órgão Emissor E260000001
--	--

48 - Documento ☐ CNS ☐ CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

- Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910221095-6

AIH
261910221096-7

AIH
261910221097-8

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUCIANO BORGES DE ARAUJO**

Idade: 50a 11m 11d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão :

Escolaridade :

R.G.:

C.P.F.: 63352010463

Telefone:

Endereço: RUA BAUXITA

,33 - AMARO BRANCO

CEP 53120520

- OLINDA

- PE

Prontuário: 129207

Data de Nascimento: 27/09/1968

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Dados da Internação

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data e Hora da Internação: 08/09/2019 09:04

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 001

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

Telefone:

R.G.:

Numero:

C.P.F.:

Cidade:

Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25 / 09 / 19

Hora da Alta: : :

Motivo:



Melhorado



A Pedido



Transferência



Óbito



Evasão

Condições de Alta: boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Disjunção de sínfise púbica

Diagnóstico Secundário01.: Fratura exposta de cotovelo (E)

Diagnóstico Secundário02.:

REVISADO
CCIH-HMA

Medicamento.....: Fixador externo em pelve + CC + DC + Fixação externa em cotovelo
Re fixada de FE de cot. + banda de tensão
RAFI da sínfise e da sacroilíaca

Mariana Capalanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

Médico e CRM:

Priscilla de m. dos Santos Araujo

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

* Priscilla de m. dos Santos Araujo
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Data e hora retirada da senha: 07/09/2019 11:56



Nome Paciente: LUCIANO BORGES DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 27/09/1968
Sexo: Masculino
Idade: 50 anos
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/09/2019 07:15 - 08/09/2019 07:17

CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

Queixa Principal:

PAC. TRAZIDO PELO BOMBEIRO, VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, CONSC, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, NEGA VOMITOS E DESMAIOS, NO MOMENTO SENTINDO FORTES DORES NOS MSE E MMII SIC.

Observação:

HAS, NEGA DM, ALERGIA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 9
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 85.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 17.00 RPM
- GLICOSE: 187.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADC
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Cledilson da Hora

Coren-PE 376.167 - ENF

Enfermeiro

Acolhido(a) por: CLEDILSON JOSE DA HORA - COREN: 376167 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2019 07:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCIANO BORGES DE ARAÚJO REG: 129207

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
8/9/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
08H	# ADMISSÃO
	DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EM COTOVELO ESQUERDO + DOR EM TORNOZELO DIREITO + DOR EM REGIÃO PÚBICA E REGIÃO INGUINAL DIREITA + DOR EM ABDOME INFERIOR HÁ 1 HORA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO CONTRA AUTOMÓVEL).
	NEGA: ALERGIA / VÔMITOS / DESMAIOS / HAS+ / DM -
AO EXAME:	EGB, EUPNEICO, ACIANOTICO, CONSCIENTE, ORIENTADO
	ACV: RCR 2T FC: 100BPM PULSO CHEIO PA : 110 X 80MMHg
	MSE: DEFORMIDADE EM COTOVELO + FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE COTOVELO SANGRANTE / NV+
	MIE: EXTENSO FERIMENTO EM LATERAL DE COXA / NV+
	DOA A MOBILIZAÇÃO DE BACIA
	ECG: 15 / PUPILAS ISOCÓRICAS RFM+
	HD: DISJUNÇÃO PÉLVICA + FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO
CD:	INTERNAMENTO HOSPITALAR / AO BLOCO CIRURGICO / ANTIBIOTICO TERAPIA -ANALGESIA -SAT/VAT / RADIOGRAFIAS / EX. LAB.
	SOLICITADO PELA CIR GERAL - TC DE ABD COM CONTRASTE

CRM - 17.725
LUCIANO BORGES DE ARAÚJO

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 08/09/2019

Hora.....: 15:35

Aviso de Cirurgia : 59341

Paciente : 129207

Convênio Atend. : 1

Leito : 159

Dt. Início : 08/09/2019 11:00

Cid Pré-Operatório : S334

Cid Pós-Operatório : S334

Sala : 0004

SALA 04

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

SUS - INTERNACAO

ENF UTI3 - LEITO 021

Dt. Fim : 08/09/2019 13:25

RUPTURA TRAUMATICA DA SINFISE PUBICA

RUPTURA TRAUMATICA DA SINFISE PUBICA

Atendimento : 494157

Carteira :

Idade : 50 Anos

Procedimento: 0408040203

REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL D
ANEL PÉLVICO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia:

SUS - INTERNACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA

19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: DISJUNÇÃO DE SINFISE PÚBICA
CIRURGIA: RFFE TUBOA TUBO EM CRISTAS ILIACAS
CIRURGIÃO: DR. LUIS CARVALHO
1º AUXÍLIO: DR. THIAGO DOS ANJOS
ANESTESISTA: MAIENA TENORIO

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO AO NIVEL DE CRISTA ILIACA ANTERO-SUPERIOR A DIREITA E A ESQUERDA
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO SOB INTENSIFICADOR DE IMAGENS
CURATIVO ESTÉRIL
BOA PERFUSAO DISTAL EM MMII;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.689

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 08/09/2019

Hora.....: 14:42

Aviso de Cirurgia : 59342

Paciente : 129207

Convênio Atend. : 1

Leito : 159

Dt. Início : 08/09/2019 11:00

Cid Pré-Operatório : S597

Cid Pós-Operatório : S597

Sala : 0004

SALA 04

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

SUS - INTERNACAO

ENF UTI3 - LEITO 021

Dt. Fim : 08/09/2019 13:25

TRAUMATISMOS MULTIPLOS DO COTOVELO

TRAUMATISMOS MULTIPLOS DO COTOVELO

Atendimento : 494157

Carteira :

Idade : 50 Anos

Procedimento: 0408020547

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAOCIRURGIAO
ANESTESISTA

19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO + FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO LATERAL DE COXA ESQUERDA
CIRURGIA: LC + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE COTOVELO ESQUERDO E LC + DC DE EXTENSO
FERIMENTO EM LATERAL DE COXA ESQUERDA
CIRURGIÃO: DR. THIAGO DOS ANJOS
1º AUXÍLIO: DR. JOÃO MARCELO
ANESTESISTA: MAIENA TENORIO

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
VISUALIZADO FERIMENTO EM REGIÃO POSTERIOR DE COTOVELO ESQUERDO
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%;
5. APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE COTOVELO ESQUERDO COM 2 PINOS DE SHANZ EM REGIÃO DISTAL DE ULNA E 2 PINOS EM REGIÃO DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO
6. VISUALIZADO FERIMENTO EM LATERAL DE COXA ESQUERDA
7. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. SUTURA COM NYLON 2.0
9. CURATIVOS;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A) : THIAGO GOMES DOS ANJOS
CRM : 19769

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 17/09/2019

Hora.....: 17:10

Visão de Cirurgia : 59534

Sala : 0003 SALA 03

Paciente : 129207

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Atendimento : 494157

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 81

ORTL-514-LEITO 001

Idade : 50 Anos

Dt. Início : 17/09/2019 15:25

Dt. Fim : 17/09/2019 17:00

Pré-Operatório : S520

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Pós-Operatório :

Procedimento: 0408020369

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DO CÔNDILO / TRÓCLEA/APOFISE
CORONOIDE DO ULNA / CABEÇA DO RÁDIO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIAO

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

ANESTESISTA

15214 MAIENA ELISABETH COSTA TENORIO PIMENTEL

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA DE OLECRANO + FX DE CORONOIDE

INTERVENÇÃO: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO EM OLECRANO

CIRURGIÃO: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: HUDYSON ROCHA

2º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

ANESTESISTA: MAIENA

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MSE

3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS

4. INCISÃO EM FACE POSTERIOR DE COTOVELO ESQUERDO

5. DIVULSAO POR PLANOS ATE FOCO DE FRATURA

6. REDUÇÃO DE FRATURA EM OLECRANO E FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO

7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS

8. LIMPEZA COM SF 0,9%

9. SUTURA POR PLANOS

10. CURATIVO ESTERIL

11. TALA AXILOPALMAR

OBS: AGUARDA 2º TEMPO CIRURGICO PARA ABORDAGEM DE FRATURA DE CORONOIDE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**
Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM: PE 27.749DR(A) : ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
CRM : 20671

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 24/09/2019

Hora.....: 18:28

Aviso de Cirurgia : 59699 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 129207 LUCIANO BORGES DE ARAUJO
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 494157
Leito : 81 ORTL-514-LEITO 001 Carteira :
Dt. Início : 24/09/2019 16:10 Dt. Fim : 24/09/2019 18:10 Idade : 50 Anos
Cid Pré-Operatório : S324 FRATURA DO ACETABULO
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408040297 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
ANESTESISTA 19540 GEORGE ANDRADE RIBEIRO DE MORAES

Descrição Cirúrgica :

HD: LESÃO DE ANEL PÉLVICO
CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXILIAR: DR CAIO FRANCISCO
2º AUXILIAR: DR IAN BUSTORFF
INSTRUMENTADORA: REBECA
ANESTESISTA: DR GEORGE
ANESTESIA: GERAL

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19791 / 1507 14.04.9

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL + Reforço de gesso externo
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. REALIZADA INCISÃO DE PFANISTIEL
5. DIVULSÃO POR PLANOS
REALIZADA DEVIDA PROTEÇÃO DA BEXIGA E REDUÇÃO DA SINFISE PUBICA
REALIZADA APOSIÇÃO DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO 6 FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
8. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
9. SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
10. PASSAGEM PERCUTANEA DE FIO GUIA EM REGIÃO LATERAL DE BACIA DIREITA E PASSAGEM DE PARAFUSO CANULADO
7. COM FECHAMENTO DA SACROILIACA DIREITA SOB FLUOROSCOPIA
11. VERIFICADA BOA REDUÇÃO
12. SUTURA COM NYLON
13. CURATIVO ESTÉRIL

Sangue e Derivados:

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM-PE 27.749

DR(A) : ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
CRM : 20671

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI -3)

ADMISSÃO UTI 3 - L 21

Nome: LUCIANO BORGES DE ARAUJO, 50 ANOS DN: 27/09/1968 Registro: 129207; ATENDIMENTO: 494157
Admissão HMA: 08/09/2019; Admissão na UTI: 08/09/2019 às 15:00HS

Paciente, 50 anos, HAS, admitido no Hospital Miguel Arraes com dor, deformidade e ferimentos secundário a acidente automobilístico; sendo encaminhado para UTI em pós operatório imediato de tratamento cirúrgico de fratura exposta de cotovelo esquerdo + ferimento extenso em região lateral de coxa esquerda + disjunção de sínfise púbica, devido acidente carro-moto, paciente era motociclista.

Fora avaliado na Emergência também pela equipe de Cirurgia Geral, após realização de tomografia de abdome que evidenciou importante aumento do espaço vesico-uretral, com indefinição da parede inferior da bexiga, questionando-se extravasamento de contraste em uretra prostática (Lesão vesico-uretral?) Pequena quantidade de líquido livre em espaço vesical anterior. Sendo realizado SVD por equipe de CG, sem intercorrências.

Recebo paciente em assistência ventilatória mecânica, sem uso de DVA ou sedação, AVC em VJIE, eupneico, SVD, acompanhado de médico anestesista e MR da ortopedia. Relato de realizar expansão no bloco cirúrgico com 3 L de SRL + 500ml de Voluven + O1 CH.

Exame: EG Grave, bloqueio/sedação residual, não contactuante, afebril, acianótico, anictérico, hidratado, hipocorado 2+/4+. Ferimento em supercílio esquerdo, suturado.

ACV: RCR Bulhas normofonéticas, S/S FC: 81 Bpm; PA: 160x90 mmHg

AR: MV + em AHT s/RA FR 17 Sat 98% (A.A)

ABD: plano, depressível, indolor, s/ VMG, s/ sinais de irritação peritoneal; Fixador externo tubo a tubo ao nível de crista ilíaca antero-superior direita e a esquerda.

EXT: MMII Livres. Fixador externo transarticular de cotovelo esquerdo com 2 pinos de shanz em região de ulna e 2 pinos em região distal de úmero esquerdo.

SN: Isocórico, RFM ±, ECG: E(1) + V(1) + M(1) = 3

Gasometria arterial: pH 7,23 Pco2 46,8 pO2 99 HT 30 Lac 4,9 HCO3 20,1 PF 199 SO2 96,4 HB 9,9

Hipóteses Diagnósticas:

1. POI de Redução fechada + fixação externa tubo a tubo em cristas ilíacas + aposição de fixador externo transarticular de cotovelo esquerdo + LC + DC de extenso ferimento em lateral de coxa esquerda sec a Politraumatismo por colisão moto-carro.
2. Disjunção de sínfise púbica + fratura exposta de cotovelo esquerdo + ferimento extenso em região lateral de coxa esquerda.
3. Lesão vesico-uretral?
4. HAS

Condutas:

- 1) Solicito ECG + RX tórax no leito + exames admissionais de rotina + Gasometria (ajuste de parâmetros AVM - Acidose mista).
- 2) Mantenho dieta zero até amanhã, retorno sedação por má-adaptação a AVM.
- 3) Expansão volêmica cautelosa (hiperlactatemia e acidose metabólica) + Checar HB/HT/Coagulo/Fibrinogênio - Risco de CIVD.
- 4) Acompanhamento com Ortopedia.
- 5) Controle de temperatura - Deixo aquecedor.
- 6) Deixo Clinda e Gentamicina conforme orientação de ortopedia por fratura exposta.
- 7) Acompanhamento com Cirurgia geral por possibilidade de lesão vesico-uretral, avaliar nova TC de abdome de controle.

Dr. Erick Dornelo Pires
Médico
CRM: 26.147

UTI 3 ADULTO

Leito: 23 Reg: 123204

PACIENTE Luciano Borges de Araújo

Data: 09/09/2019 Hora: Noturno

AVC 1: V31E D 08/09 AVC 2: - D - TOT/TQT: 08/09 D - PAI - D -

Dados de enfermagem:

PA: () ↑; () ↓; (X) estável # FC: () ↑; () ↓; (X) estável # HGT: () ↑; () ↓; (X) estável # Distúrbio: () sim; (X) não

ΔH: Ganhos +3578 ml; Diurese 3550 ml (ml/h); Diálise: ml, SNG: ml; Drenos: ml;

Outros: ml; () Evacuação (aspecto:) Δhídrico: +2028 ml. Acumulado: ml

ATB: 1. Ceftriaxona D 09/09 2. Clindamicina D 08/09

3. D / 4. D /

Geral: EGK, consciente, contactando, bem adaptado
AVM, de píl.

Sedo-analgesia: 1. Ket = 5 ml/h 2. = ml/h 3. = ml/h

Despertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY= RASS: +1 GLASGOW=AO + RV + RM =

Cardiovascular: RCR = 25, BNP 1/2 FC: 104 PA: 130 x 69

DVA: 1. = ml/h (mcg/kg/min) 2. = ml/h (mcg/kg/min)

3. = ml/h (mcg/kg/min) 4. = ml/h (mcg/kg/min)

Ventilação: () Esp; () PS; (X) PCV; () PRVC; () VNI; () outro; PEEP 10; Δ 15; Vti 606 ml; FIO2 30%; SatO2: 98%

Respiratório: MV + ANT c/ varicos FR:

abdome: Globoso, depressível, s/vc

Dieta: () Oral; (X) SNE; () Gastro/Jejunostomia; () Parenteral; () Zero; Kcal/Kg/dia; g prot/Kg/dia; gN/Kcal

Membros: Pulso + c/ edema, fratura

Outros: Disúria Clin. p/ SVU

Profilaxia p/TVP: (X) sim; () não; Profilaxia de LAMGD: (X) Sim; () não; SVD: (X) sim () não

Decúbito > 30°: (X) sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; (X) não Infectada: () sim () não

Impressão clínica:

Conduta: ① Hemodilúção diet. via SNE
② Gaseometria c/ parâmetros estáveis, prosseguir desmame de AVM
③ Hb = 7,6 Htc = 21,7 de Controle; Vigília queda.

UTI 3 ADULTO

Leito: 21 Reg: 129207

PACIENTE Luciano Borges Araújo

DN: 27/9/68

Data: 10/09/2019 Hora: Noturno

AVC 1: VTE D 2 AVC 2: — D — TOT/TQT: — D — PAI ~~DE~~ D —

Dados de enfermagem:

PA: ☒ ↑; () ↓; () estável # FC: ☒ ↑; () ↓; () estável # HGT: () ↑; () ↓; ☒ estável # Distúrbio: () sim; ☒ não

ΔH: Ganhos - 1087 ml; Diurese 3600 ml (— ml/h); Diálise: — ml, SNG: — ml; Drenos: — ml;

Outros: — ml; () Evacuação (aspecto: ⊖) : Δhídrico: +2512 ml. Acumulado: — ml

ATB: 1. Rocefin D 2, 2. amox D 2,

3. — D — / — 4. — D — / —

Geral: EGR, consciente, orientado, eufórico, hidratado, aférril

Sedo-analgésia: 1. — = — ml/h 2. — = — ml/h 3. — = — ml/h

Despertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY= — RASS: — GLASGOW=AO — + RV — + RM — = 15

Cardiovascular: RCR RT BVP 95 FC: 118 PA: 170 x 98

DVA: 1. — = — ml/h (— mcg/kg/min) 2. — = — ml/h (— mcg/kg/min)

3. — = — ml/h (— mcg/kg/min) 4. — = — ml/h (— mcg/kg/min)

Ventilação: ☒ Esp; () PS; () PCV; () PRVC; () VNI; () outro; PEEP —; Δ —; Vti — ml; FIO2 20%; SatO2: 98%

Respiratório: W ⊕ AH + SINA FR: 15

Abdome: globoso, aumentado, RUA ⊕

Dieta: () Oral; ☒ SNE; () Gastro/jejunosomia; () Parenteral; () Zero; — Kcal/Kg/dia; — g prot/Kg/dia; — gN/Kcal

Membros: —

Outros: —

Profilaxia p/TVP: () sim; () não; Profilaxia de LAMGD: ☒ Sim; () não; SVD: ☒ sim () não Durou casoDecubito > 30°: ☒ sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; () não Infectada: () sim () não

Impressão clínica: • Risco CPN: 9400 → hidratação.

Condução: • Tentado parar SNE, mas paciente
reusou pois com muito desconforto
em água curral: caso SA
• Vigiar radiação urinária.
• anedonia w.

UTI 3 ADULTO

Leito: 21 Reg: 129207

PACIENTE Dulcineia Borges de Souza Data: 11/09/2019 Hora: NoturnoAVC 1: VISE D 3 AVC 2: D TOT/TQT: 0 D PAI D

Dados de enfermagem:

PA: () ↑; () ↓; ☒ estável # FC: () ↑; () ↓; ☒ estável # HGT: () ↑; () ↓; ☒ estável # Distúrbio: () sim; ☒ não 37,0 - 37,3°CΔH: Ganhos - 3170 ml; Diurese 1600 ml (ml/h); Diálise: ml, SNG: ml; Drenos: ml;Outros: ml; () Evacuação (aspecto: 0) : Δhídrico: 1570 ml. Acumulado: mlATB: 1. Ceftriaxona D 2,09/09 2. Clindamicina D 3,08/093. D 4. D Geral: EGR, consciente, orientada, afim, eufórica, anorética, onírcicaSedo-analgesia: 1. 0 = ml/h 2. = ml/h 3. = ml/hDespertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY = RASS: GLASGOW = AO 4 + RV 5 + RM 6 = 15Cardiovascular: RER em 20, BNF S15 FC: 98 PA: 144x96DVA: 1. 0 = ml/h (mcg/kg/min) 2. = ml/h (mcg/kg/min)3. = ml/h (mcg/kg/min) 4. = ml/h (mcg/kg/min)Ventilação: ☒ Esp. () PS; () PCV; () PRVC; () VNI; () outro; PEEP ; Δ ; Vti ml; FIO2 21 %; SatO2: 98 %Respiratório: MU ⊕ em ART SIRA FR: Abdome: globoso, depressível, indolorDieta: ☒ Oral; () SNE; () Gastro/jejunosomia; () Parenteral; () Zero; Kcal/Kg/dia; g prot/Kg/dia; gN/KcalMembros: Edema mm SS (+1/4+), simétrico, indolorOutros: Profilaxia p/TVP: () sim; ☒ não; Profilaxia de LAMGD: ☒ Sim; () não; SVD: ☒ sim () nãoDecubito > 30°: ☒ sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; () não Infectada: () sim () nãoImpressão clínica: Conduta: 1) Manter sinais de sangramento; 2) USGabd sem sinais sang → se queda hb → Realizar TAC ABD3) Manter padrão respiratório 4) Realizar alta
maneira

UTI 3 - ADULTO

LEITO: 21

PACIENTE:

Luciano Borges de Araujo

REG:

129207

DN: 27/09/1968

DATA: 12/09/2019 NOTURNO

AVC1: VTE D / / / AVC2: / D / / / TOT/TQT: D / / / PAI: / D / / /PA: () \uparrow () \downarrow ☒ estável; FC: () \uparrow () \downarrow ☒ estável; HGT: () \uparrow () \downarrow ☒ estável; Distúrbio: () sim ☒ não 37°CBalanço Hídrico: Ganhos 3448 ml; Perdas - Diurese 2150 ml (/ ml/h); Dialise: / ml; Dreno: / mlDrenagem SNG: / ml; outros: / ml; Δ hídrico: +1298 ml; Evacuação: (-) Acumulado: /Antibióticos: 1. Ceftriaxona 09,09 2. Clindamicina 08,09
3. / D / / / 4. / D / / /Geral: Eufórico, consciente, orientado, afeto, hipocrático
24h, anorexia, amareloSedação: () SIM ☒ NÃO; Despertar diário: () SIM ☒ NÃO;Drogas Sedativas: 1. / = / ml/h 2. / = / ml/h 3. / = / ml/hNeurológico: isocôneo, RfM (+) bilateraisRASS= / GLASGOW= 4+5+6=15 BPS= /Cardiovascular: RCEM 27 BNF 555 FC: 101 PA: 142x83 PAM: 102Drogas Vasoativas: 1. / = / ml/h 2. / = / ml/h 3. / = / ml/hVentilação: ☒ Espontânea; () PS; () PCV; () VCV; () outro; PEEP / cmH₂O; FIO₂ 21 %; SatO₂: 97 %Respiratório: MV (+) em AT 1 ventilar FR: 20Abdome: Semi rígido, distendido, doloroso BV, sem ruídosDieta: ☒ Oral; () SNE; () Gastrostomia; () Parenteral; () Zero: / Kcal/Kg/di; / g prot/Kg/dia; () ZEROMembros: MMI livres, sem edemasOutros: curativo MIEProfilaxia p/TVP: ☒ SIM () NÃO; SVD: ☒ SIM () NÃO; Decúbito > 30°: ☒ SIM () NÃO;

Úlcera de pressão: () SIM () NÃO LAMGD: () SIM () NÃO

Impressão clínica:

Estável clinicamente e curativo MIE

Conduta:

- 1) Vigiar diurese pH urinário de 6h
- 2) Vigiar tempo de rotomobilidade
- 3) Vigiar Hb/HT e retorno de anticoagulantes profiláticos
- 4) Discontinuar diurese ATB.

Desafeto SV (11.57) pH= 7.5Em tempo: foco expandido + estímulos
durantes 650 ml → 2500 ml



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

IDADE: 50A SEXO: MASC.

DATA DA ADMISSÃO: 08/09/19

REG: 129207

DATA DA ALTA: 25/9/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO (TRATAMENTO CONSERVADOR)
- DISJUNÇÃO PÉLVICA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 08/09 – FIXAÇÃO EXTERNA PÉLVICA E DE COTOVELO + LC E DC
- 17/09 – RETIRADA DE FIXAÇÃO EXTERNA DE COTOVELO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA C BANDA DE TENSÃO
- 24/09 – RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA DE SINFISE PUBI E SACROILIACA DIRETA


ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- PODE SENTAR NORMALMENTE;
- FAZER USO DE SOMALGIN CARDIO POR 35 DIAS;
- CARGA ZERO (SEM PISAR ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA);
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____


Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



2910/9
60167

SC: 131 %

Nome: LUCIANO BORGES DE ARAUJO ID: 125207 Data: 29/10/2019 09:14:48
Rasc: Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

FUJIFILM

Serviço de Imagem:
Raio X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br

SC: 82 %

Nome: LUCIANO BORGES DE ARAUJO ID: 120297 Data: 29/10/2018 09:14:46
Rasc: Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

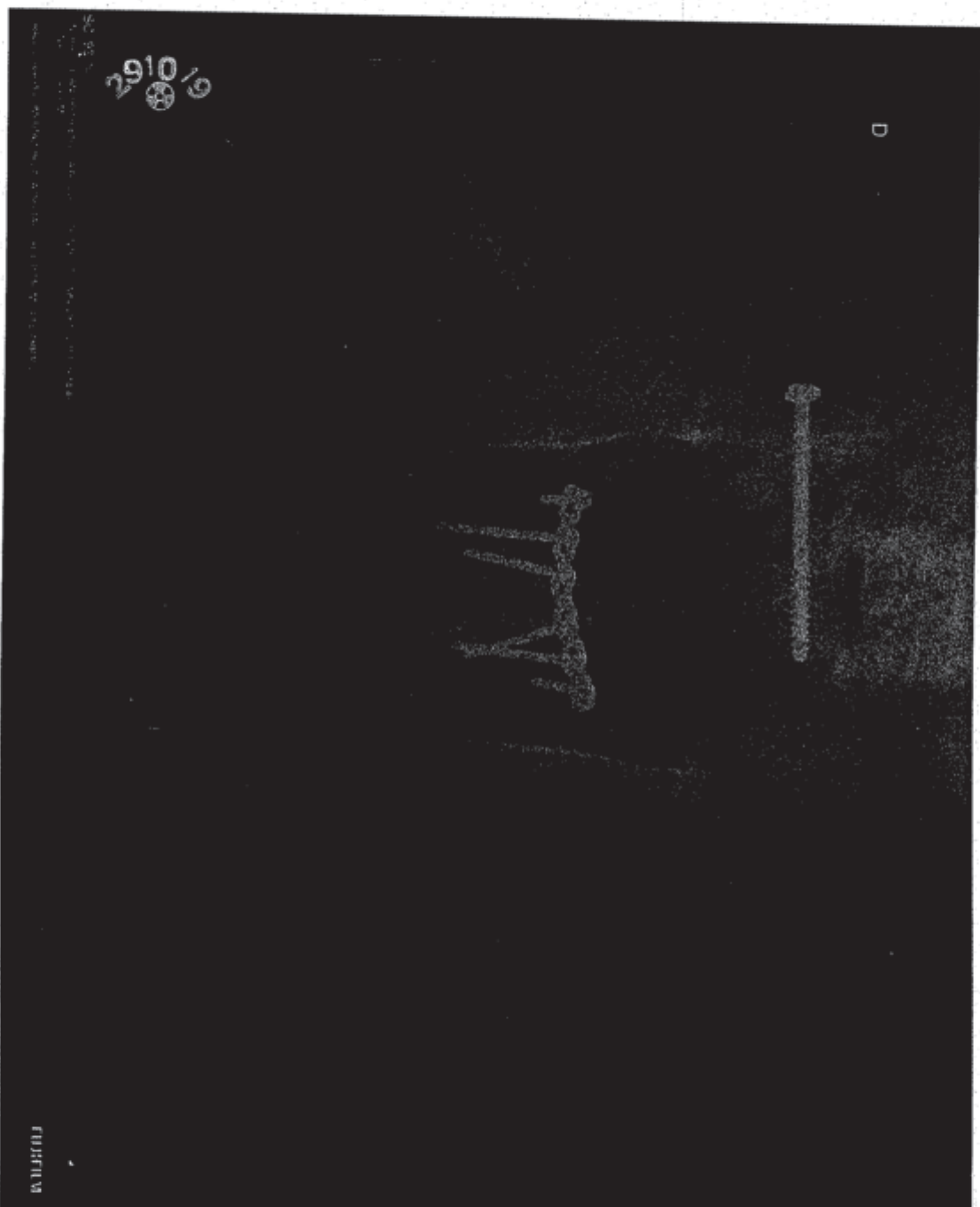
FUJIFILM

Serviço de Imagem:
 Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LUCIANO BORGES DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3022687 SSP PE

CPF
633.520.104-63

DATA NASCIMENTO
27/09/1968

FILIAÇÃO
LUIZ BORGES DE ARAUJO

MARINETE BORGES DE ARAUJO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01372459319

VALIDADE
07/05/2020

1ª HABILITAÇÃO
27/07/2000

OBSERVAÇÕES
sem observações

Luciano Borges de Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
11/05/2015

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR

56158513985
PE066282233

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1103316556



THOMAS ORIO & SONS

PROIBIDO PLASTIFICAR
1103316556

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001962/20

Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF: 633.520.104-63

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO : 042.285.804-83

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

LUCIANO BORGES DE ARAUJO : 633.520.104-63

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 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: 03/01/2020
Nome: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
CPF: 042.285.804-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001991 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE SÍNFISE PÚBICA DIREITA.
FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL DIREITO E DE COTOVELO ESQUERDO.

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 MODERADO DE QUADRIL DIREITO E DE COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 9/11/18_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200001991 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO **Data do acidente:** 08/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE SÍNFISE PÚBLICA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 9/11_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001962/20

Número do Sinistro: 3200001991

Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF: 633.520.104-63

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO : 042.285.804-83

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
CPF: 042.285.804-83

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001962/20

Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF: 633.520.104-63

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 08/09/2019

Titular do CPF: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO : 042.285.804-83

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

LUCIANO BORGES DE ARAUJO : 633.520.104-63

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 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: 03/01/2020
Nome: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
CPF: 042.285.804-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001991

Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO BORGES DE ARAUJO

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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200001991

Vítima: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Data do Acidente: 08/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO BORGES DE ARAUJO

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001584

Conta: 0000018582-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
633.520.104-63

4 - Nome completo da vítima:

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

6 - CPF:

7 - Profissão:

VIGIA

8 - Endereço:

RUA BAUXITA

9 - Número:

333

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AMARO BRANCO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53120-520

15 - E-mail:

DJEVANSOARES@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

81 9 8515-6371

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1584

CONTA: 00018582

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 o 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vivo/nascido)?

☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 27 DE DEZEMBRO 2019

Luciano Borges de Araujo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



Número: 003689-0010-74542-2451

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Organização: 003689-0010-74542-2451

Última atualização: 10/24

Valor de crédito: R\$ 1.000,00

Antecedente: Despesa para Uso Proprio

Deposito de R\$ 1.000,00

Antecedente: Despesa para Uso Proprio

Deposito de R\$ 1.000,00



CAIXA

POUPANÇA

603689 0010 74542 2451

6036

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

VALID
THRU

10/24

1584 013 00018582-6

mastercard

570319

0001962/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIMI/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0114007764

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/09/2019 às 11:51

Número do Aviso de Atendimento: M10720536

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 8/9/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SALGADINHO (BAIRRO), 01, RODOVIA PE 15 - SENTIDO RECIFE - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: ATACADAJAO E EM FRENTE A COMPEA IV - BOTAFOGO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DANIEL GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL (AUTOR / AGENTE)
SONIA MARIA GALDINO CAVALCANTE (OUTRO)
JEFFERSON MATIAS DO NASCIMENTO SILVA - MATRICULA 01127624 (TESTEMUNHA)
SD PMPE CELSO RICARDO RATTACASO ARAUJO - MATRICULA 01153153 (TESTEMUNHA)
LUCIANO BORGES DE ARAUJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUCIANO BORGES DE ARAUJO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL

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

JEFFERSON MATIAS DO NASCIMENTO SILVA - MATRICULA 01127624 (presente ao plantão) -
Sexo: Masculino Mãe: ALCIDENIA MATIAS DO NASCIMENTO Pai: GERMANO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 7/4/1988 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 53890/PMP/PE (RG), 07007443478 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR
Endereço Comercial: BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

SD PMPE CELSO RICARDO RATTACASO ARAUJO - MATRICULA 01153153 (presente ao plantão) -
Sexo: Masculino Mãe: MARLENE RATTACASO ARAUJO Pai: SERGIO NASCIMENTO ARAUJO Data de Nascimento: 5/5/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 55763/PMP/PE (RG), 04677886423 (CPF) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR
Endereço Comercial: BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DANIEL GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SONIA MARIA GALDINO CAVALCANTI Pai: DANIEL COSTA CAVALCANTI Data de Nascimento: 29/5/1985 Naturalidade:

PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7611845/SDS/PE (RG), 05999203430 (CPF) Escolaridade: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: 8179118739

Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE I (BAIRRO), 01, RUA 84, QUADRA 59, BLOCO 07, APTO 101 -
CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE PAULISTA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

LUCIANO BORGES DE ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 63352010463 (CPF) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: PORTEIRO
Endereço Residencial: RUA BAUXITA, 333 - CEP: 55000-000 - Bairro: AMARO BRANCO - OLINDA/PERNAMBUCO
/BRASIL

SONIA MARIA GALDINO CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE PAULISTA, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO GM PRISMA 10 MT JOYE, ANO 2019, PLACA PCO 2732, COR PRETA. (VEICULO) de
propriedade do(a) Sr(a): SONIA MARIA GALDINO CAVALCANTE, que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL
GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEIS/GM/PRISMA Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE) Unitário: (REAL)

Placa: PCO2732 (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: 1200261108 Chassi: 98GKL69U0KG422438
Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019 Combustível: ALCO/GASOL Seguro/Apolice: SOLIDOS
Descrição: VEICULO GM PRISMA 10 MT JOYE, ANO 2019, PLACA PCO 2732, COR PRETA.

MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, BRANCA, PLACA PCW9634, ANO 2015/2016
(VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUCIANO BORGES DE ARAUJO, que estava em posse do(a) Sr(a):
LUCIANO BORGES DE ARAUJO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCW9634 (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: 1083482985 Chassi: 9C2KD0810GR427260
Ano Fabricação/Modelo: 2015/2018 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, BRANCA, PLACA PCW9634, ANO 2015/2016

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES DO BPRV, PR 17135, AO SEREM ACIONADOS PELO CIODS, PARA ATENDER UMA
OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, NA RODOVIA PE 15, EM FRENTE AO MOTEL FIDJI, E QUE AO
CHEGAREM NO LOCAL, CONSTATARAM QUE SE TRATAVAM DE UM ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA
NAO FATAL, EM QUE O CONDUTOR, O SENHOR DANIEL GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL, DO VEICULO
GM PRISMA 10 MT JOYE, ANO 2019, PLACA PCO 2732, COR PRETA, TRANSITAVA PELA RODOVIA PE 15,
SENTIDO RECIFE/OLINDA AO COLIDIR NO MEIO FIO, QUE SE ENCONTRA NO MEIO DA VIA, O QUAL FAZ A
DIVISÃO ENTRE O CORREDOR DO ONIBUS, E A VIA DOS DEMAIS VEICULOS, E POR CONTA DISTO
ESTOUROU O PNEU DIANTEIRO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO SEU VEICULO, CUJO VEICULO
TOMOU O SENTIDO EM DIREÇÃO A CALÇADA, QUE SE ENCONTRA EM DECLIVE, SOFRENDO UMA
ELEVACÃO, E AINDA PASSANDO POR CIMA DE OUTRA CALÇADA, VINDO ENTÃO A COLIDIR NA
MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, BRANCA, PLACA PCW9634, ANO 2015/2016, A QUAL ERA
CONDUZIDA PELO SENHOR LUCIANO BORGES DE ARAUJO, PROVOCANDO A QUEDA DO MOTOQUEIRO, E
SOFRENDO LESÕES. QUE O CONDUTOR DO VEICULO PRISMA, ACIONOU O SOCORRO, AGUARDANDO
TODOS PROCEDIMENTOS LEGAIS. QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL
MIGUEL. QUE COMPARECEU TAMBEM AO LOCAL O IC, PERITO SEVERINO ARRUDA, MAT. 209668-8, VT
PCT 8905, UP 011, GT 1312. DO BPRV L 2290/2019. COMPARECEU AO LOCAL DO ACIDENTE, O IRMÃO DA
VITIMA, O SENHOR ROBERTO BORGES DE ARAUJO, SENDO ENTREGUE A MOTO AO MESMO. CASO AFETO
A DP DO VARADOURO.

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

JEFFERSON MATIAS DO NASCIMENTO SILVA - MATRICULA 01127824
(TESTEMUNHA)

**SD PMPE CELSO RICARDO RATTACASO ARAUJO - MATRICULA 01153153
(TESTEMUNHA)**

**DANIEL GALDINO CAVALCANTI PIMENTEL
(AUTOR \ AGENTE)**

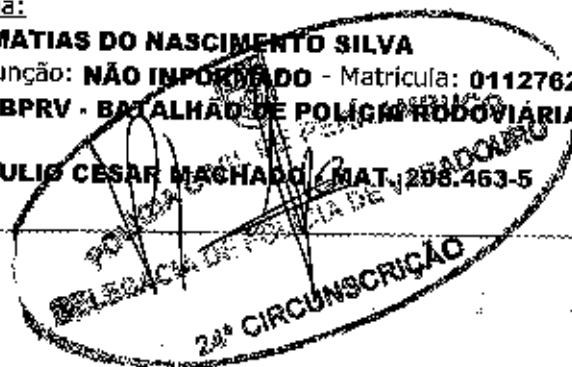
Condutor da ocorrência:

Nome: **JEFFERSON MATIAS DO NASCIMENTO SILVA**

Cargo: **SOLDADO** - Função: **NÃO IMPORTADO** - Matrícula: **01127624** - Prefixo da viatura: **PR 17135** -

Unidade Operacional: **BPRV - BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA**

B.O. registrado por: **JULIO CESAR MACHADO - MAT. 208.463-5**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
633.520.104-63

4 - Nome completo da vítima:

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

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

5 - Nome completo:

LUCIANO BORGES DE ARAUJO

6 - CPF:

7 - Profissão:

VIGIA

8 - Endereço:

RUA BAUXITA

9 - Número:

333

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AMARO BRANCO

12 - Cidade:

OLINDA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

53120-520

15 - E-mail:

DJEVANSOARES@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

81 9 8515-6371

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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1584

CONTA: 00018582

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 o 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (a) (nascer)?

☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 27 DE DEZEMBRO 2019

Luciano Borges de Araujo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Atendimento: 494153

Data e Hora: 08/09/2019 07:14

Senha da Classificação: XXXXXXXXXX

Paciente: 129207 LUCIANO BORGES DE ARAUJO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/09/1968 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARINETE BORGES DE ARAUJO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA BAUXITA

33

Bairro: AMARO BRANCO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

Hipertensão

Nega alergias

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Urticária de politrauma, edema motor como (com uso de capote). Nega perda de consciência ou vômitos. Acidente há cerca de 30 min. trazido pelos bombeiros. Refere uso de álcool e maconha há 12 horas

Exame Físico

A: Mucosas úmidas, pele com coloração normal / B: SPO₂ 93% em AA, MV bilateral e simétrica / C: PA 110x80 mmHg FC 98bpm. Ausência de sangramentos ativos visíveis. D: Glasgow 15 / E: edema de membros inferiores e escrotal bilateral, sem hematomas. Fratura exposta de M5E e lesão contusa em M1E.

Hipótese Diagnóstica

politrauma

Prescrição Médica

Seguir Rx de trauma + TAC abdome + lob
Avaliação da Ortopedia.

SFO 9% - 2.000ml, EV, abate, agora.

Opiuma 1grama - 2amp, EV, agora.

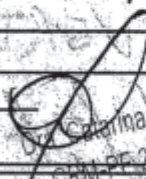
Pentozina 25mg - 1 amp, IM, antes da TAC

Alclacortisona 50mg - 1 amp, t 40, EV, antes da TAC

Sat

Uet

Assinatura e Carimbo/Médico


Catarina Souza
CRM-PE 27898

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

SOT4 →

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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO BORGES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01584

CONTA: 000000018582-6

Nr. da Autenticação 4F82C72AD30FA800

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

CELPE**CLIENTE**

MARI DE MARIA DOS SANTOS

3 708.464-34 NIS 16654612397

CAÇÃOIDENCIAL
ENDA COM NIS**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA BAUXITA 333

AMARO BRANCO/OLINDA
OLINDA PE
53120-520

OTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
1361	ÚNICA	14/10/2019
ENTAAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
2019	2002876778	1998728

CONTA CONTRATO**MÊS/ANO**

4009891264

10/2019

DATA DE VENCIMENTO**DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA**

21/10/2019

13/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

24,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19759001	5,92
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,33872574	14,22
êscimo Bandeira AMARELA			0,23
êscimo Bandeira VERMELHA			0,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,63

TOTAL DA FATURA

24,88



Para pagamento, utilize preferencialmente a rede de arrecadação Celpe.
Serviços, contas eletrônicas, transferências por crédito em débito
suspensão gratuita de energia, do 01/01/2019 até 31/12/2019, a partir de
R\$ 100,00 em fatura. Mais facilidade pra você.

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02



NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO VARLUCIO DO CARMO DE SOUZA
CORREGO DO OURO, NA ENTRADA DA ASSO

CPF: 101.507.814-15

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FIDELIS BATISTA DE AGUIAR 45

MORRO DA CONCEIÇÃO/RECIFE
RECIFE PE
52280-365

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
08/14/2019	17/10/2019	2000128670
17/10/2019	31/12/2019	3132768

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR
08/14/2019	17/10/2019	2000128670
17/10/2019	31/12/2019	3132768

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	32,0000000	0,8108852	25,94
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,38
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,84
Multa por atraso-NF 077484894 - 18/08/19			0,37
Multa por atraso-NF 073740838 - 18/08/19			0,38
Juros por atraso-NF 073740838 - 18/08/19			0,31
Juros por atraso-NF 077484894 - 18/08/19			0,13

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
3146707496	CA7	18-09-2019	2.801,00	17-10-2019	2.833,00	21	1,00000		32,00

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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, 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 DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 042285804/83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
LUCIANO BORGES DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.520104-63
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIANO BORGES DE ARAUJO
inscrito (a) no CPF sob o Nº 633.520.104/63, 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 a Seguradora Líder-DPVAT, 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 FIDELIS BATISTA AGUIAR</u>	Número: <u>45</u>	Complemento: <u>A</u>
Bairro: <u>MORRO DA CONCEIÇÃO</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>DJEVANSOARES@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>52280-365</u>	Tel.(DDD): <u>8198515-6371</u>

Local e Data: RECIFE 02 DE JANEIRO 2020

Djevan Soares do Nascimento
Assinatura do Declarante