



## 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 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 922 32 06 | Central Ouvidoria: 0850 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/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 COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, 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 DJEVAN SOARES DO NASCIMENTO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 04228580493 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:<br><u>RUA FIDELIS BATISTA ABUIAR</u> | Número:<br><u>45</u>     | Complemento:<br><u>A</u>          |
| Bairro:<br><u>MORRO DA CONDIÇÃO</u>            | Cidade:<br><u>RECIFE</u> | Estado:<br><u>PE</u>              |
| E-mail:<br><u>DJEVANSOARES@EMAIL.COM</u>       | CEP:<br><u>52280-365</u> | Tel.(DDD):<br><u>8198535-6374</u> |

Local e Data: RECIFE 02 DE JANEIRO 2020

Djevan Soares do Nascimento  
Assinatura do Declarante

Atendimento: 494153

Senha da Classificação:

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

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

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

Exame Físico

A: Mucosas cefálicas pálidas com cda cervical / B: SAtO2 93% em AA MV bilateral e simétrica / C: PA 110x80 mmHg FC 98bpm. Ausência de ruídos vesiculares / D: Glasgow 15 / E: edema de membros inferiores bilateral, sem hemorragia. Fratura exposta de M5E e lesão costal contusa em M1E.

Hipótese Diagnóstico

Politrauma

Prescrição Médica

Schute Rx de trauma + TAC abdome + lab Audição da Ortopedia.

SF 99% - 2.00ml, EV, abate, agora.

Dipirona 1grama - 2amp, EV, agora.

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

Adalcatisona 50mg - 1 amp, EV, antes da TAC

Sat  
Uet

Assinatura e Carimbo/Médico

Carimbo e Assinatura de Catarina Souza CRM-PE 27898

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

# SOTA ->

03/09/18

07h

# SOT #  
Hofe Distúrgo leve + Frac. Estabilidade + Forçamento extensor lateral coxa (E)

Processo T3-T4 no arco de compressão em FRONTO PLANO + COLAR cervical inferior com ODEIXA DE ORTOM. HEMISFERIO INFERIOR + BACIA + REGIÃO INGUINAL (D) + COTOVELO (E) + TORNOZELO (D) + H. + I. H. AS PLOS OCIDENTE

MOTOCICLISTAS (COLISSO CONTRA AUTOMÓVEL)

USOS: QUESADILHO / VINHOS / PLATAIN

HOT (E) / DM (E)

STRENGTHART TO CHURCH

As vezes:

ECG, SUBURIA, ACIMOTIVO, CONDICÃO ALTERNADA  
ADD = OSTEÓFITO em HEMISFERIO INFERIOR

MSE (E) = OSTEÓFITOS em COTOVELO + FORÇAMENTO em REGIÃO PASTORAL SANGRANTE  
NV (E)

ACU = RCH 27 FC = 60 bpm para URS / P = 110 x 30 mmHg

MIE (E) = FORÇAMENTO EXTENSO em REGIÃO LATERAL DE COXA (E)

PALLAÇÃO DE JOGOS / POTOS / TORNOZELO / INDOLO

MS (D) = MOBILIDADE e PALLAÇÃO INDOLO

- DAR A MOBILIDADE DE BACIA.
- PALLAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL INDOLO
- FORÇAMENTO em SUPERFÍCIE (E)
- SNL = ECG = 15 / PULSO INDOLO / RFM (E)

← CONTINUA →

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Wilson Borges de Araujo DATA DE NASC.: 1/1/  
 NOME SOCIAL: 129207 REGISTRO: 128  
 SETOR: 1 ENFERMARIA: 1 LEITO: 128

DATA/HORA: 01/09/19  
CONTINUAÇÃO  
 - ANALGESIA / antibioticoterapia - VLM  
 - Contusões levíssimas  
 - Rx Bacis / Cotulusto / Bloco / Antiespasmódicos (E)  
 Tenozolol (D)  
 - Aguardar a realização da <sup>cid.</sup> Geral (TC de abd.)  
 - Ao Bloco CIC

*[Handwritten signature]*  
 CRM-PE: 27.508

08/09/19  
 10h #C6#  
 Paciente mantém estabilidade hemodinâmica, refere dor em abdome inferior, nega dor em região genital  
 - fsc de abd. importante aumento do espaço vesico-uretral, com modificação da parede inferior da bexiga, questionando extravasamento de contraste em uretra prostática. Cesão vesico-uretral? Peg quanto de líquido em espaço vesical anterior.

#ED: (D) Panada sup no 14. Sem intercorrências, com saída de aprox 200ml de urina clara.  
 (D) Liberado p/ intervenções da ortopedia em bloco cirúrgico.

*[Handwritten signature]*  
 Duilio Neto  
 MR Cirurgia Geral  
 CRM-PE: 27.508

*[Handwritten signature]*  
 CRM-PE: 27.508

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Luana Soares Registro: \_\_\_\_\_  
 Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

| Data/Hora |                                 |
|-----------|---------------------------------|
| 08/10/19  | <p>Plano em 08/09/19</p>        |
|           | <p>DISTÚRSIA no sistema AKA</p> |
|           | <p>two-A-rua</p>                |
|           | <p>+ Exatidão no cateter de</p> |
|           | <p>em 17/09/19</p>              |
|           | <p>Plano em 24/09/19</p>        |
|           | <p>função no AKA plano</p>      |
|           | <p>Plano em 01/10/19</p>        |
|           | <p>função no AKA plano</p>      |

Solo AKA views  
 + fluoroscopy

# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |                        |          |         |
|---------------------------------|------------------------|----------|---------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 - CNES | 6431569 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431569 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
DOR, 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 / VÔMITOS / DESMAIOS / LUXAÇÃO PÉLVICA + FRATURA EXPOSTA DE COTOVELO ESQUERDO

- Condições que justificam a internação  
NECESSIDADE CIRURGICA

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

- Diagnóstico inicial / Código

|                       |                        |                               |
|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 24 - CID-10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| S334                  | Z000<br>V239           | 0408040203                    |

- Descrição do Procedimento Solicitado

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO  | 28 - Código do Procedimento |
| REDUÇÃO INCRUENTA DISJUNÇÃO / LUXAÇÃO / FRATURA / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO ANEL PÉLVICO | 0408040203                  |

|  |                             |  |   |
|--|-----------------------------|--|---|
| - Especialidade                            | 30 - Carater de Atendimento | 31 - Documento   | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                  | 2                           | <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 980016296170365   |
| - Nome Profissional Solicitante/Assistente |                             | 34 - Data da Solicitação   | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)                |
| FELIPE NUNES DA SILVA                      |                             | 08/09/2019   | 20818   |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                |                      |                     |            |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| - ( ) Acidente de Trânsito     | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete     | 41 - Série |
| - ( ) Acid. Trabalho Típico    | 42 - CNPJ / Empresa  | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CPF   |
| - ( ) Acid. Trabalho Trajetado |                      |                     |            |

- Vínculo com a Previdência

Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado

AUTORIZAÇÃO

|                                    |                         |
|------------------------------------|-------------------------|
| - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor |
|                                    | E260000001              |

|   |  |
|---|--|
| 48 - Documento  | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF |  |
| - Data da Autorização                                     | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)        |
|   |  |

AIH  
261910221095-6

AIH  
261910221096-7

AIH  
261910221097-8

Dr. Antônio Augusto de Albuquerque  
Ortopedia e Traumatologia  
R.M.P.E. 19797 / FEOT 14040

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: **LUCIANO BORGES DE ARAUJO**

Idade: 50a 11m 11d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 129207

Data de Nascimento: 27/09/1968

Profissão:

Escolaridade:

R.G.:

C.P.F.: 63352010463

Telefone:

CEP 53120520

Endereço: RUA BAUXITA

,33 - AMARO BRANCO

- OLINDA

- PE

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:

R.G.:

C.P.F.:

Telefone:

Cidade:

Numero:

Estado civil:

08/10/19  
MIGUEL ARRAES  
PLANTONISTA

**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 Caballanti  
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

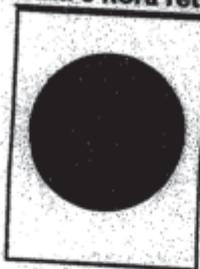
**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

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

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCIANO BORGES DE ARAÚJO REG: 129207

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

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

*Luciano Borges de Araújo*  
CRM - 17.725

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 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

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

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 25.689

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

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 - INTERNACAO

CIRURGIO  
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**

*João Marcelo Xavier*  
CRM: 27.725

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

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  
1° AUXILIAR: HUDYSON ROCHA  
2° 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 ANTISSEPSIA 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 2° TEMPO CIRURGICO PARA ABORDAGEM DE FRATURA DE CORONOIDE

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

*Guilherme Borba Anselmo*  
Médico  
CRM-PE 27.749

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

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 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:

CIRURGIÃO 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 / I.T.E.O. 14.348

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
2. ASEPSIA E ANTISSEPSIA
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

+ Reforço de gesso sobre sistema

| 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. Estel Darcelo Paredes  
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 D08/09 AVC 2: - D - TOT/TQT: 08/09 D - PAI - D -

Dados de enfermagem:

# PA: ( ) ↑; ( ) ↓; (X) estável # FC: ( ) ↑; ( ) ↓; (X) estável # HGT: ( ) ↑; ( ) ↓; (X) estável # Distermia: ( ) 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. Ceftriaxone D 09/09 2. Clindamicina D 08/09

3. D / 4. D /

Gerál: EGles, consciente, contactuando, bem adaptado AVM, de bil.

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

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

Cardiovascular: RCR = 2T, 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:

bdome: Globosa, 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: Diurese Clin. p/SVM

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

Decubito > 30º: (X) sim; ( ) não; Úlcera de pressão: ( ) sim; (X) não Infectada: ( ) sim ( ) não

Impressão clínica:

- Condução: ① Progressão dieta via SNE
- ② Gasotórax c/ parâmetros estáveis, progredir 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. amoxic D 2 /

3. D / 4. D /

Geral: EGR, consciente, orientado, eufórico, hidratado do, aférrico

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

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

Cardiovascular: RCR ET BDF S/S 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/jejunostomia; ( ) 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 caso

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

Impressão clínica: o. Risco CPN: 9400 → hidratação.

Conduta: • Tentado parar o SNE, mas paciente se recusou pois com muito desconforto

em água curral: caso se

• Usou medicação empírica:

• ampicilina 10.

Dr. Luciano Borges  
Clínica Médica  
CRM 18.776

UTI 3 ADULTO

Leito: 21 Reg: 129207

PACIENTE Dulciana Borges de Souza Data: 11/09/2019 Hora: Noturno

AVC 1: VISE D 3 AVC 2:        D        TOT/TQT: Ø D        PAI        D       

Dados de enfermagem:

# PA: ( ) ↑; ( ) ↓;  estável # FC: ( ) ↑; ( ) ↓;  estável # HGT: ( ) ↑; ( ) ↓;  estável # Distúrbio: ( ) sim;  não 37,0 - 37,3°C

ΔH: Ganhos - 3170 ml; Diurese 1600 ml (        ml/h); Diálise:        ml, SNG:        ml; Drenos:        ml;

Outros:        ml; ( ) Evacuação (aspecto: Ø ) : Δhídrico: 1570 ml. Acumulado:        ml

ATB: 1. Ceftriaxona D 2,09/09 2. Clindamicina D 3,08/09

3.        D        /        4.        D        /       

Geral: EGR, consciente, orientada, febril, eupneica, anoréxica, onícticas

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

Despertar diário: ( ) SIM; ( ) NÃO; RAMSAY =        RASS:        GLASGOW = AO 4 + RV 5 + RM 6 = 15

Cardiovascular: RR em 20, BNF S15 FC: 98 PA: 144x96

DVA: 1. Ø =        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, indolor

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

Membros: Edema mm SS (+1/4+), simétrico, indolor

Outros:       

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

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

Impressão clínica:

Conduta: 1) Monitorar Sinais de Sanguinamento; 2) USG Abd sem sinais sang → Se queda Hb → Realizar TAC ABD  
3) Monitorar padrões respiratórios 4) Monitorar sítio Amarelado

Dr Igor Barros Médico CRP - PE 22216

UTI 3 - ADULTO

LEITO: 21

PACIENTE: Luciano Borges de Araujo

DATA: 12/09/2019 NOTURNO

REG: 129207

DN: 27/09/1968

AVC1: VTE D / / AVC2: / D / / TOT/TQT: D / / PAI: / D / /

PA: ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) estável; FC: ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) estável; HGT: ( ) ↑ ( ) ↓ ( ) estável; Distermia: ( ) sim ( ) não 37°C

Balanco Hidrico: Ganhos 3448 ml; Perdas - Diurese 2150 ml ( / ml/h); Dialise: / ml; Dreno: / ml

Drenagem SNG: / ml; outros: / ml; Δhidrico: +1298 ml; Evacuação: ⊖ Acumulado: /

Antibióticos: 1. Ceftriaxona 09,09 2. Clindamicina 08,09  
3. / D / / 4. / D / /

Geral: ECG, comut, orientado, afimul, hipoclorado  
24h, auscultos, amielicos

Sedação: ( ) SIM ( ) NÃO; Despertar diário: ( ) SIM ( ) NÃO;

Drogas Sedativas: 1. / = / ml/h 2. / = / ml/h 3. / = / ml/h

Neurológico: isocônes, RfM ⊕ bilaterof

RASS= / GLASGOW= 4+5+6=15 BPS= /

Cardiovascular: RCR em 27 BNF 555, FC: 101, PA: 142x83 PAM: 102

Drogas Vasodivas: 1. / = / ml/h 2. / = / ml/h 3. / = / ml/h

Ventilação: ( ) Espontanea; ( ) PS; ( ) PCV; ( ) VCV; ( ) outro; PEEP / cmH2O; FIO2 21%; SatO2: 97%

Respiratório: MV ⊕ em AT 7 ventos; FR: 20

Abdome: semi ríborso, diferencial, doloroso BV, sem irritação

Dieta: ( ) Oral; ( ) SNE; ( ) Gastrostomia; ( ) Parenteral; ( ) Zero: / Kcal/Kg/di; / g prot/Kg/dia; ( ) ZERO

Membros: MMII livres, sem edemas.

Outros: curativo MIE

Profilaxia p/TVP: ( ) SIM ( ) NÃO; SVD: ( ) SIM ( ) NÃO; Decubito > 30°: ( ) SIM ( ) NÃO;

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

Impressão clinica: Estável dinamicamente e curado com nit

- Condução:
- 1) Vigiar diurese pH urinário de 6h
  - 2) Vigiar tempo de rotas mlti
  - 3) Acordo realização de TC de MIE
  - 4) Vigiar Hb/HT e retorno de anticoagulantes profiláticos
  - 5) Discontinuar diurese ATB.

Desafio SV (1157) pH = 7,5

Em tempo: foco expandido + estímulos  
duritos 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:

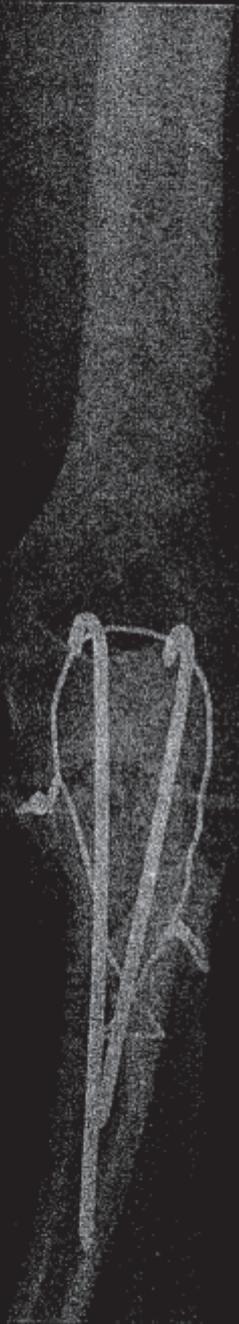
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO( )

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



2019  


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:  
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

SC: 82 %

Nome: LUCIANO BORGES DE ARAUJO ID: 129297 Data: 29/10/2018 05:14:45  
Nasc: Sexo: M

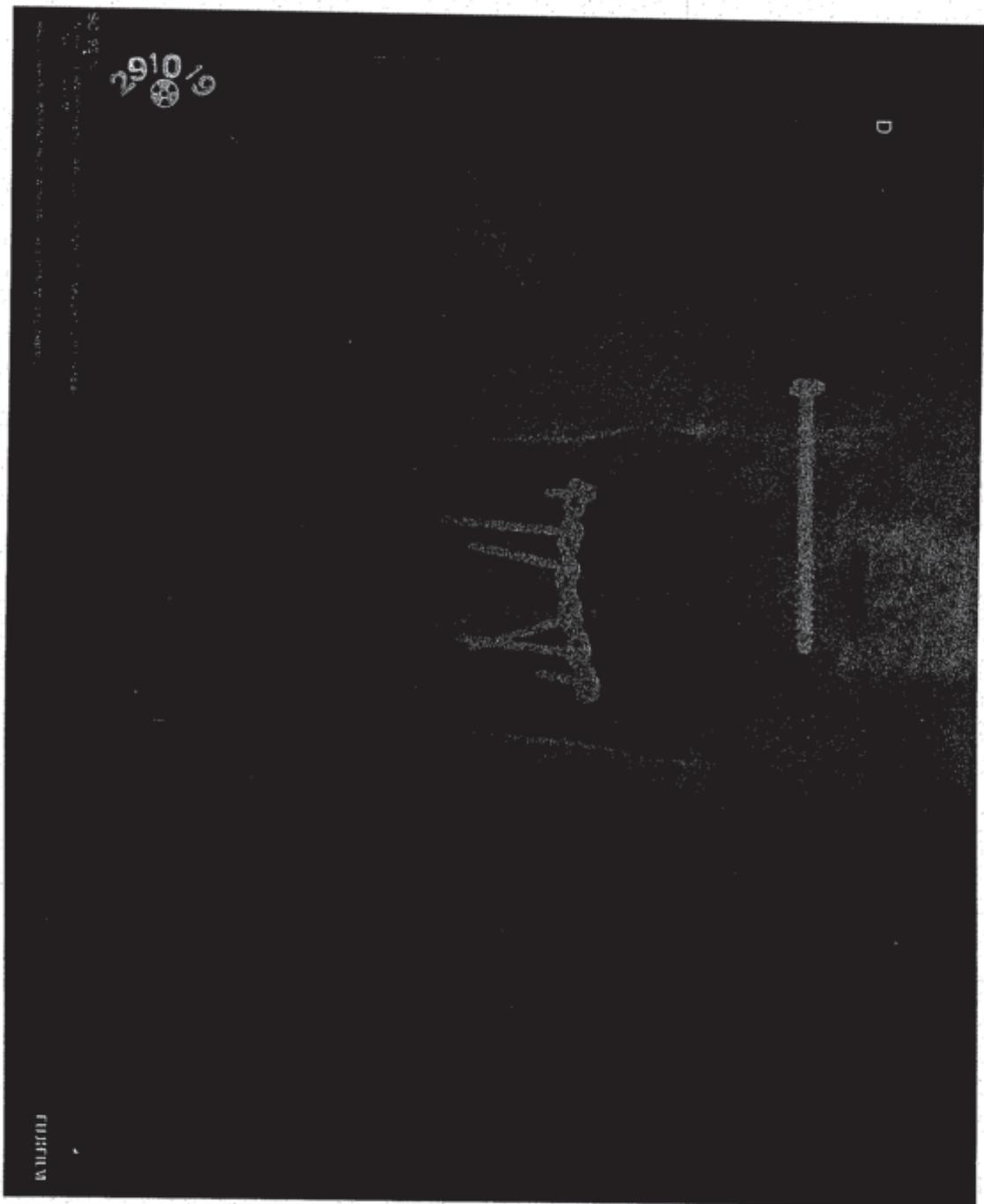
RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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](http://hma.imip.org.br)



Serviço de Imagem:  
Raios X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrasonografia  
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617  
 [hma.imip.org.br](http://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  
**[REDACTED]**

ACC  
**[REDACTED]**

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]*

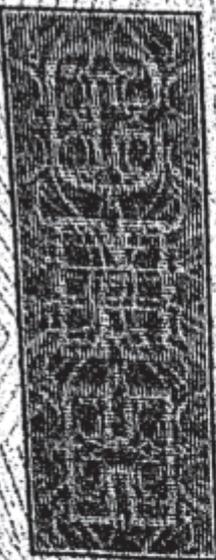
ASSINATURA DO EMISSOR

**56158513985**  
**PE066282233**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1103316556**



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](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: 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 PÚBLICA 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          |
| <b>Total</b>                                     |  |  | <b>25 %</b> | <b>R\$ 3.375,00</b>   |

# 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          |
| <b>Total</b>                               |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

# 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](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: 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](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: 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](http://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 CADASTRAIS

**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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
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.

NÃO ALFABETIZADO

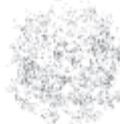
34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 27 DE DEZEMBRO 2019

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



Número: 003647-20.001.8.13.001

CAIXA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
Organização: 2005  
Valor de crédito: R\$ 1.230,00  
Anexo: Livro de Atas  
Data de emissão: 07/08/2005

# 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 - Culposo (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 COMPEVA 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 ( VITIMA )

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: 7611E45/SDS/PE (RG), 05999203430 (CPF) Escolaridade: 2°. **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: 1°. **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: **AUTOMOVEL/GM/PRISMA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**  
Placa: **PCO2732** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: 1200261108 Chassi: 98GKL69U0KG422436  
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 CONTROLHE DO SEU VEICULO, CUJO VEIUCLO TOMOU O SENTIDO EM DIREÇÃO A CALÇADA, QUE SE ENCONTRA EM DECLIVE, SOFRENDO UMA ELEVAÇÃO, 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 PROCEDIMENTO 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. BO 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 CADASTRAIS

**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)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
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.

NÃO ALFABETIZADO

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) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, **OLINDA 27 DE DEZEMBRO 2019**

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

Atendimento: 494153  
Data e Hora: 08/09/2019 07:14

Senha da Classificação: [REDACTED]

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  
Vítima de politrauma, cefaleia motor com (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 cefálicas pálidas com cda cervical / B: SAtO<sub>2</sub> 93% em AA MV bilateral e simétrica / C: PA 110x80 mmHg FC 98bpm. Ausência de sons rúscos vesiculares. D: Glasgow 15 / E: edema de membros inferiores bilateral, sem hematomas. Fratura exposta de M5E e lesão contusa em M1E.

Hipótese Diagnóstica  
politrauma  
Dor a palpção de andar inferior de abdome, mas sem hntac. peritoneal.

Prescrição Médica  
Schute Rx de trauma + TAC abdome + lab  
Audição da Ortopedia.

SFQ9% - 2.00ml, EV, abto, agora.  
Dipriona 1grama - 2amp, EV, agora.  
Paracetamol 25mg - 1 amp, IM, antes da TAC  
Alopraxolona 50mg - 1 amp, EV, antes da TAC  
Sal  
Uet

Assinatura e Carimbo/Médico  
Cristina Souza  
CRM-PE 27898

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência  
( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_  
( ) Encaminhado ao setor de internação

# SOT4 →

08/09/18

07h

# SOT #  
Hofe Distúrgo leve + Frac. Estólo CotoVelo + FORTAMENTO EXTENSO  
LATERAL COXA (E)

Processo Tumoroso (no coto de ombreira  
em FRONTO ALGIA + COLAR cervical inferior  
com OREIXA DE ORA EM HEMISFERIO INFERIOR  
+ BACIA + REGIÃO INGUINAL (D) + COTOVELO (E)  
+ TORNOZELO (D) + H. + I. H. AS PLOS OC-

DENTE MOTOCICLISTICO (COLISSO CONTRA AUTOMÓVEL)  
USOS: QUESIMAIOS / VIMAIOS / ALGAIOS

Hof (E) / OM (E)

STRENGTHART 30 CM 500

As vezes:

ECG, EUBRIA, ACIMOTIO, CONDICAO ALGORA  
ADD = Otoloto em HEMISFERIO INFERIOR  
MSE (E) = OTOLOTO em COTOVELO + FORTAMENTO  
em REGIÃO LATERAL SANGRANTE  
NV (E)

ACU = RCH DT FC = 6000mm para URS / P = 110x  
30  
mmHg

MIE (E) = FORTAMENTO EXTENSO em REGIÃO LATERAL  
DE COXA (E)

PALLAÇÃO DE JOGOS / POTOS / TORNOZELO!  
INDELOK

MS (D) = MOBILIDADE E PALLAÇÃO INDELOK

- POR A MOBILIDADE DE BACIA.
- PALLAÇÃO DE COLUNA VERTEBRAL INDELOK
- FORTAMENTO em SUPERFICIO (E)
- SNL = ECG = 15 / PULSAÇÃO INDELOK / RFM (E)

← STOL → CONTINUA →



**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**  
 MARIA DOS SANTOS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA BAUXITA 333

3 708.464-34 NIS 16654612397

AMARO BRANCO/OLINDA  
 OLINDA PE  
 53120-520

**CAÇÃO**  
 IDENCIAL  
 ENDA COM NIS

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>CONTA CONTRATO</b>      | <b>MÊS/ANO</b>                       |
| 4009891264                 | 10/2019                              |
| <b>DATA DE VENCIMENTO</b>  | <b>DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA</b> |
| 21/10/2019                 | 13/11/2019                           |
| <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> |                                      |
| 24,88                      |                                      |

| NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO    |
|-------------|-------|------------|
| 1361        | ÚNICA | 14/10/2019 |

| INSTALAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
|------------|---------------|------------------|
| 2019       | 2002876778    | 1998728          |

**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       |
| Descrim. Bandeira AMARELA               |            |             | 0,23        |
| Descrim. 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 suas contas em débito automático através do Portal do Cliente e Celpe.com.br. Mais facilidade pra você.

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**NOTA FISCAL DE FATURA** - COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

Compêndio Energético de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.838.830/0001-08 | Insc. 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 CONCEICAO/RECIFE  
RECIFE PE  
52280-365

CONTRATO: 0021579015  
DATA DE VIGÊNCIA: 16/2019  
DATA DE VIGÊNCIA: 24/10/2019  
DATA DE VIGÊNCIA: 18/11/2019  
VALOR: 28,33

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 081459143  | ÚNICA      | 17/10/2019 |
| 17/10/2019 | 2000128670 | 9132788    |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)                       | 32,0000000 | 0,9108952   | 29,14       |
| 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**

28,33

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE TA NOTA FISCAL**

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA       | ANTERIOR LEITURA | DATA       | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|----------------|------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| 3146707466    | CAT            | 16-09-2019 | 2.801,00         | 17-10-2019 | 2.833,00      | 31         | 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](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)**  
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DJEVAN GOARES 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:<br><u>RUA FIDELIS BATISTA AGUIAR</u> | Número:<br><u>45</u>     | Complemento:<br><u>A</u>          |
| Bairro:<br><u>MORRO DA CONCEIÇÃO</u>           | Cidade:<br><u>RECIFE</u> | Estado:<br><u>PE</u>              |
| E-mail:<br><u>DJEVANGOARES@EMAIL.COM</u>       | CEP:<br><u>52280-365</u> | Tel.(DDD):<br><u>8198515-6371</u> |

Local e Data: RECIFE 02 DE JANEIRO 2020

Djevan Goares do Nascimento  
Assinatura do Declarante