

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190319575

**Nome do(a) Examinado(a):** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Floriano Araújo, 322 - Camaragibe/PE -  
CEP 54771-500

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 7234427 - sds pe - 15/08/2011

**Data e Local do Acidente :** 29/10/2018 - Camaragibe/PE

**Data e Local do Exame :** 23/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

fratura exposta de 2 e 3 QDE, ferimento em joelho esquerdo

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da  
alta.**

Tratado cirurgicamente com fio K nos dedos, sutura do ferimento do joelho,  
evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

vítima com consolidação viciosa das fraturas deformidade em 2 QDE, rotação  
externa do 3 QDE, limitação na flexão (45 graus no 2 QDE e 30 graus no 3  
QDE), com déficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presenç de  
cicatriz de sutura em joelho esquerdo, com mobilidade e força preservados.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais  
permanentes) resultantes do acidente:**

limitação grave de 2 e 3 QDEs, com consolidação viciosa, deformidade.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

2 dedo da mão esquerda

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

3 dedo da mão esquerda

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
Traumatismo corto contuso do joelho esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação viciosa das fraturas deformidade em segundo quirodáctilo esquerdo, rotação externa do terceiro quirodáctilo esquerdo, limitação na flexão com déficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presença de cicatriz de sutura em joelho esquerdo, com mobilidade e força preservados.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com fio K nos quirodáctilos, sutura do ferimento do joelho.  
Realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 03/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONCLUI NÃO HAVER RELAÇÃO DESTE LAUDO COM O SINISTRO ANTERIOR-3180131851 COM DANO DO JOELHO EM 50%.

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
Traumatismo corto contuso do joelho esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação viciosa das fraturas deformidade em segundo quirodáctilo esquerdo, rotação externa do terceiro quirodáctilo esquerdo, limitação na flexão com déficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presença de cicatriz de sutura em joelho esquerdo, com mobilidade e força preservados.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com fio K nos quirodáctilos, sutura do ferimento do joelho.  
Realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 03/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
Traumatismo corto contuso do joelho esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Vítima com consolidação viciosa das fraturas deformidade em segundo quirodáctilo esquerdo, rotação externa do terceiro quirodáctilo esquerdo, limitação na flexão com déficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presença de cicatriz de sutura em joelho esquerdo, com mobilidade e força preservados.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com fio K nos quirodáctilos, sutura do ferimento do joelho.  
Realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 03/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO LEGAL ANEXADA AO SINISTRO E DA PERÍCIA REALIZADA CONCLUI NÃO HAVER RELAÇÃO DESTE LAUDO COM O SINISTRO ANTERIOR-3180131851 COM DANO DO JOELHO EM 50%.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
Traumatismo corto contuso do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com fio K nos quirodáctilos, sutura do ferimento do joelho.  
Realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 03/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 22/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura exposta do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.  
Traumatismo corto contuso do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com fio K nos quirodáctilos, sutura do ferimento do joelho.  
Realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 03/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** Limitação funcional intensa do segundo e do terceiro quirodáctilos da mão esquerda.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.  
LESÃO EM PÉ E CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA - FIOS) E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELAS.  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190235161 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 04/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE JOELHO ESQUERDO.  
FRATURA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO.  
LESÃO EM PÉ E CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/FIO DE K. (P.13).

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 11/05/2018 , SINISTRO:3180131851 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA 50% DE JOELHO ESQUERDO CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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 joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190319575 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA **Data do acidente:** 29/10/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 17/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DO 2º E 3º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.  
LESÃO EM PÉ E CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA - FIOS) E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO PARA O JOELHO ESQUERDO. SINISTRO ANTERIOR NEGADO SEM SEQUELAS.  
@SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FELIPE CECAR SOARES DE SOUZA  
 brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADO, profissão: PROMOÇÃO  
 portador(a) do RG nº.: 7.234.427, órgão expedidor: SDS, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº.: 08452352482, residente na  
RUA FLORIANA ALBUQUERQUE  
 cidade: CAMARAGIBI, Estado: PE, CEP: 54771-500  
 telefone: 84638370 / 889494986  
 email: FELIPE.SOUZA31@hotmail.com

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 13 de Dezembro de 2019.



Felipe cecar soares de souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**CARTÃO EVA TENDRIO - CAMARAGIBI/PE**  
 At. Superior - Câmara 1181 - CEP: 54771-500 - Fone: (81) 3400-1181  
 Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:  
**FELIPE CECAR SOARES DE SOUZA**  
 Camaragiba 13/12/2018 - 10:51:44E - R\$ 3,00  
 + TENDRIO Total R\$ 4,79  
 Consulte em: tpe.jus.br - e-protocolo  
 Selo: 0076489.XZRS2201801.04333  
 SPOTIFY: DISTRIBUIÇÃO DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
 brasileiro (a), estado civil: DIVORCIADO, profissão: PROCURADOR  
 portador(a) do RG nº.: 7.234.427, órgão expedidor: SDS, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº.: 082452352482, residente na  
RUA FLORIANA ALBUQUERQUE  
 cidade: AMARAGIBA, Estado: PE, CEP: 54777-500  
 telefone: 84638396 / 999494986  
 email: FELIPE.SOUZA31@HOTMAIL.COM

OUTORGADOS: **FLÁVIO GUILHERME BRAGA DE CASTRO COITINHO**, brasileiro, divorciado, administrador, inscrito no CPF sob o nº. 024.944.714-27, RG Sob o nº 4851396 SDS-PE, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010. **ERLON ALBUQUERQUE GOMES**, brasileiro, solteiro, auxiliar administrativo, inscrita no CPF sob o nº. 705.296.194-66, RG Sob o nº 8351765, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 13 de Dezembro de 2019



Felipe Cesar Soares de Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

22 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 402 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.068-010  
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 402 BL C  
 Boa Vista - CEP: 50.068-010  
 RECIFE-PE

**CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBA/PE**  
 Rua Siqueira Campos, 1088 - Centro - 54777-500 - Recife-PE  
 E-mail: cartorioeva@cartorioeva.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de  
**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

Camaraçiba, 13/12/2019 - 10:51:44 mol. R\$ 2,99  
 + TSNRO, RD Total R\$ 4,79  
 Consulte em: <http://pe.jus.br/validadigital>  
 Selo: 0076489.XZR13201901.04232  
**ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159095/19

**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF:** 084.523.524-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 29/10/2018

**Titular do CPF:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

### FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA : 084.523.524-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/05/2019  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/05/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104425/19

**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF:** 084.523.524-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 29/10/2018

**Titular do CPF:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

### FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA : 084.523.524-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/03/2019  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064162/19

**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF:** 084.523.524-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 29/10/2018

**Titular do CPF:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

### FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA : 084.523.524-92

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0159095/19

**Número do Sinistro:** 3190319575

**Vítima:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**CPF:** 084.523.524-92

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 29/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 16/10/2019

Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA

CPF: 028.466.664-58

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190319575**

**Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

**Data do Acidente: 29/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

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

**Senhor(a), FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319575

Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Data do Acidente: 29/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190319575

Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Data do Acidente: 29/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000072129-0

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,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190319575**

**Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

**Data do Acidente: 29/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AQ: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **084.523.524-92** Nome completo da vítima: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

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

Nome completo: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA** CPF: **084.523.524-92**

Profissão: **PROMOTOR** Endereço: **RUA FERNANDO ARAÚJO** Número: **322** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **ALBERTO MAIA** Cidade: **CAMARAGIBE** Estado: **PE** CEP: **54.171-500**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(81) 9 8468-7331**

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3017** **03** CONTA: **00072129** **0** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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 50 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: **BLINDA 13 DE DEZEMBRO, DE 2018**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

**Felipe Cesar Soares de Souza**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**05.802.494/0001-41**  
**TRACÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**  
**21 FEV 2019**  
**RUA DA AURORA, Nº 175, ST 902 BL 1**  
**Assinatura CEP: 50.060-010**  
**RECIFE-PE**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **084.523.524-92** Nome completo da vítima: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
 Nome completo: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA** CPF: **084.523.524-92**  
 Profissão: **PROMOTOR** Endereço: **RUA FLOREANO ARAÚJO** Número: **322** Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: **ALBERTO MAIA** Cidade: **CAMARAGIBE** Estado: **PE** CEP: **54.771-500**  
 E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **(81) 9 8488-7331**

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECLAMO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **3027** **03** CONTA: **00072129** **0** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
 Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: **BLINDA, 13 DE DEZEMBRO, DE 2018**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Felipe Cesar Soares de Souza**

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): **Marcelo Gomes da Silva**

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 3ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127007198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/11/2018** às **11:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **29/10/2018** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 01** - Bairro: **JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMEC CAMARAGIBE**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:  
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO** Pai: **VALDEMIR DE SOUZA** Data de Nascimento: **31/10/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA FLORIANO ARAUJO, 322 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH3425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910BR203941**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

**VEICULO II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 FEV 2019  
Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50136-010  
RECIFE-PE

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FELIPE O FATO É QUE FOI ABALROADO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE JOGOU MOTO E CONDUTOR NO CHÃO DEIXANDO DANOS NA MOTOCICLETA E ESCORIAÇÕES E FRATURA NA MÃO E JOELHO, FOI SOCORRIDO PARA UPA CAXANGA PELO CORPO DE BOMBEIRO E REMOVIDO PARA O GETULIO VARGAS COM ATENDIMENTO DE N°1101950, DESTA FORMA PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.**

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

*Felipe Cesar Soares de Souza*  
**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Adilson Junior Barros Maia* - Matrícula: **152411-9**  
*NAT: 319985-9*



**05.802.494/0001-41**  
**TRAÇÃO CORRETORA**  
**DE SEGUROS LTDA**

**21 FEV 2019**

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127007198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/11/2018** às **11:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **29/10/2018** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 01** - Bairro: **JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMEC CAMARAGIBE**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO** Pai: **VALDEMIR DE SOUZA** Data de Nascimento: **31/10/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA FLORIANO ARAUJO, 322 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH3425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910BR203941**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

**VEICULO II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FELIPE O FATO É QUE FOI ABALROADO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE JOGOU MOTO E CONDUTOR NO CHÃO DEIXANDO DANOS NA MOTOCICLETA E ESCORIAÇÕES E FRATURA NA MÃO E JOELHO, FOI SOCORRIDO PARA UPA CAXANGA PELO CORPO DE BOMBEIRO E REMOVIDO PARA O GETULIO VARGAS COM ATENDIMENTO DE N°1101950. DESTA FORMA PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.**

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

*Felipe Cesar Soares de Souza*  
**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: *Adilson Junior Barros Maia* - Matrícula: **152411-9**  
*MAI: 319.985-9*



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907-01  
Boa Vista - CEP 50.070-010  
RECIFE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907-01  
Boa Vista - CEP 50.070-010  
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127007198**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/11/2018** às **11:47**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **29/10/2018** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 01 - Bairro: JARDIM  
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMEC**  
**CAMARAGIBE**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR  
SOARES DE SOUZA**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **FERNANDA LUCIA  
SOARES SOBRINHO** Pai: **VALDEMIR DE SOUZA** Data de Nascimento: **31/10/1991** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA FLORIANO ARAUJO, 322 - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA -  
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO /  
PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO I (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH3425 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2ND09108R203941**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

**VEÍCULO II (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Recife - PE CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
13 MAR 2019

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Recife - PE CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Recife - PE CEP: 50.060-010

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SR. FELIPE O FATO É QUE FOI ABALROADO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE JOGOU MOTO E CONDUTOR NO CHÃO DEIXANDO DANOS NA MOTOCICLETA E ESCORIAÇÕES E FRATURA NA MÃO E JOELHO, FOI SOCORRIDO PARA UPA CAXANGÁ PELO CORPO DE BOMBEIRO E REMOVIDO PARA O GETULIO VARGAS COM ATENDIMENTO DE N°1101950. DESTA FORMA PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS.

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

*Felipe Cesar Soares de Souza*  
**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADILSON JUNIOR BARROS MAIA** - Matrícula: **152411-9**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 084.523.524-92 Nome completo da vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

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

Nome completo: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA CPF: 084.523.524-92

Profissão: PROMOTOR Endereço: RUA FLORIANO ARAÚJO Número: 322 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: ALBERTO MAIA Cidade: CAMARAGIBE Estado: PE CEP: 54.771-500

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (81) 9.8488-7331

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3047 03 CONTA: 00072129 0

(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 provarão 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.

Local e Data: BLINDA 13 DE ABRIL DE 2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 775, St. 902 BL C

Assinatura CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **084.523.524-92** Nome completo da vítima: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

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

Nome completo: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA** CPF: **084.523.524-92**

Profissão: **PROMOTOR** Endereço: **RUA FLOREANO ARAÚJO** Número: **322** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **ALBERTO MAIA** Cidade: **CAMARAGIBE** Estado: **PE** CEP: **54.771.500**

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): **(81) 9.8468-7531**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **3047** **03** CONTA: **00072129** **0** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência de invalidez permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou filhos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **BLINDA 13 DE ABRIL DE 2018**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Felipe Soares de Souza**

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): **Flavio Jones da Silva**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001663 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO, 52 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3069704 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 487.209.334-87, residente à RUA FLORIANO ARAUJO, nº 322, ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/10/2018, por volta das 02:55 hs, no endereço: AV. BEMINO CORREIA, S/N, CENTRO CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA XRE 300 PRETA PEH3425-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 084.523.524-92 e Registro Geral nº 7234427, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718028-4 POLIANE. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1229113. Ficou aos cuidados do médico FERNANDO CANTARELLI, registro 8384. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 01/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001663

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-030  
RECIFE-PE

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001663 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO, 52 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3069704 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 487.209.334-87, residente à RUA FLORIANO ARAUJO, nº 322, ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/10/2018, por volta das 02:55 hs, no endereço: AV. BEMINO CORREIA, S/N, CENTRO CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA XRE 300 PRETA PEH3425-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 084.523.524-92 e Registro Geral nº 7234427, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718028-4 POLIANE. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1229113. Ficou aos cuidados do médico FERNANDO CANTARELLI, registro 8384. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 01/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001663

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001663 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO, 52 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3069704 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 487.209.334-87, residente à RUA FLORIANO ARAUJO, nº 322, ALBERTO MAIA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 29/10/2018, por volta das 02:55 hs, no endereço: AV. BEMINO CORREIA, S/N, CENTRO CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA XRE 300 PRETA PEH3425-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 084.523.524-92 e Registro Geral nº 7234427, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718028-4 POLIANE. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO CAXANGÁ. Registrado(a) com o prontuário nº 1229113. Ficou aos cuidados do médico FERNANDO CANTARELLI, registro 8384. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 01/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH001663

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
RECIFE-PE

# 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: 03/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

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

CLIENTE: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000072129-0

---

Nr. da Autenticação 24AD153E4F7FC847





CIL RECIFE-PE

PC-11

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
R FLORIANO ARAUJO 322  
CS - ALBERTO MAIA  
54771-500 CAMARAGIBE - PE



Postagem: 24/10/2018

Vencimento: 08/11/2018

Emissão: 23/10/2018

77110427500044000002185430 241018

Fechamento próxima fatura: 03/12/2018

## Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	226,26
Pagamento efetuado em 08/10/2018	- 226,26
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	226,26
<b>Total desta fatura</b>	<b>226,26</b>

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular: **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.1192**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

**08/11/2018**

A) pagamento total

**226,26**

B) pagamento mínimo

**33,94**

C) parcelas fixas

**22,62**  
+23x 22,62

Veja outras opções na 2ª folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar apenas sobre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito residual. Se você aderir um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

## Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	4.530,00
Limite utilizado no mês	226,26
Resto de recursos Hab(saque)	220,00

## Lançamentos: compras e saques

## FELIPE CESAR S SOUZ (final 1192)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
04/05	GOL TRANSP AEREOS 06/06 SAO PAULO	150,46
02/07	MERCADOPAGO 04/05 OSASCO	25,80
03/14/08	ONFITNESS CAMARAGIB 06/06 Camaragibe	50,00
<b>Lançamentos no cartão (final 1192)</b>		<b>226,26</b>

**Total dos lançamentos atuais** **226,26**

## Protocolo de Atendimento (23/09 a 23/10)

Consulte situação atualizada na internet: [www.itaucard.com.br](http://www.itaucard.com.br)

DATA	PROT(CT) CV (SITUAÇÃO)	SITUAÇÃO
31/08	2018.243.967.778.0000	CONCLUIDO EM 20/10
CONTESTAÇÃO DE COMPRAS		

Continua

☒ Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador(CPF/CNPJ)

Nome do beneficiário(CPF/CNPJ)

Endereço do beneficiário

34191.75397 08397.192041 00173.090002 1 000

0019083971/0157846

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA - 084.523.524-92

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69

AV ILLA BARBOSA, 251, T- A. GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome Número

Valor do documento

Vencimento

recibo do pagador

173/39083971-9

R\$ 226,26

08/11/2018

Autenticação Mecânica

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2018

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

NOTA FISCAL FISCAL - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111 BOA VISTA,  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP: 50000-000  
CNPJ: 06.945.990/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 000894-18



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Terço Social de Energia Elétrica - Lei 18.495 de 26/04/03  
COMERCIAL SEM OUTROS PROVEDORES SEM OUTROS  
mantimento ao deficiente auditivo ou de fax: 0800 331 0142  
Ouvidoria: 0800 330 1000  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Desagregados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 331 0087 -  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 0800  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

<b>DADOS DO CLIENTE</b> OZIEL MARIANO DA SILVA	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> 02/01/2019	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> 21/12/2018	<b>CONTA CONTRATO</b> 0676751025
<b>ENDEREÇO</b> AV PROF AGAMÉNON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -53230-010 OLINDA PE -	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 106,42	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> 21/12/2018	<b>CLASSIFICAÇÃO</b> RESIDENCIAL Monofásico SI
<b>PERÍODO CONSUMO</b> 21/11/2018 a 21/12/2018	<b>CONSUMO</b> 130		
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 8,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 2,00			
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>		<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>	

Destaque para			
<b>CONTA CONTRATO</b> 0676751025	<b>MÊS/ANO</b> 12/2018	<b>TOTAL A PAGAR</b> R\$ 106,42	<b>VENCIMENTO</b> 02/01/2019
<b>TALÃO DE PAGAMENTO</b> Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.			
<b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>			

838100000018 064200110000 676751025108 13726388630



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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



CIL RECIFE PE FLI

PC-11

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
R FLORIANO ARAUJO 322  
CS - ALBERTO MAIA  
54771-500 CAMARAGIBE - PE



72110N42509564000001805430 241018

Fechamento próxima fatura: 03/12/2018

Postagem: 24/10/2018

Vencimento: 08/11/2018

Emissão: 23/10/2018

## Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	226,26
Pagamento efetuado em 08/10/2018	- 226,26
<b>Saldo financiado</b>	<b>0,00</b>
<b>Lançamentos atuais</b>	<b>226,26</b>
<b>Total desta fatura</b>	<b>226,26</b>

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**  
Cartão **6062.XXXX.XXXX.1192**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

08/11/2018

A) pagamento total

226,26

B) pagamento mínimo

33,94

C) parcelas fixas

22,62  
+23x 22,62

Veja outras opções na 2ª folha

Se o pagamento mínimo for inferior ao valor cobrado nesta fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e multa.

## Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	4.530,00
Limite utilizado no mês	226,26
Retenção de recursos Protagia	220,00

## Lançamentos: compras e saques

## FELIPE CESAR S SOUZ (final 1192)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR FATURADO
04/05	GOL TRANSP AEREO 06/06	150,46
	SAC PAULO	
02/07	MERCADOPAGO 04/05	25,80
	OSASCO	
03/14/08	ON FITNESS CAMARAGIB 03/06	50,00
	Camaraigibe	

Lançamentos no cartão (final 1192) 226,26

Total dos lançamentos atuais 226,26

## Protocolo de Atendimento (23/09 a 23/10)

Consulte situação atualizada na internet: www.itau.com.br

DATA	PROTOCOLO	MOTIVO	SITUAÇÃO
31/08	2018.243.967778.0000	CONTESTACAO DE COMPRAS	CONCLUIDO EM 20/10

Continuar

☒ Compra presencial  
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento

Nome do Pagador (CPF/CNPJ)

Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)

Endereço do Beneficiário

34191.75397 08397.192041 00173.090002 1 000

00139083971/0137846

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA - 084.523.524-02

HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.2300001-69

AV ILIA BARBOSA, 251, 1ª A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Número

Valor do documento

Vencimento

## recibo do pagador

175/19083971-0

R\$ 226,26

08/11/2018

Autenticação Mecânica

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 FEB 2019

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



**celpe**  
Grupo Neoenergía

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/09/03  
COMERCIAL - 0800 015711 PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR  
Atendimento ao cliente através do telefone 0800 302 0143  
Curitiba 0800 302 5588

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Deregulados  
do Estado de Pernambuco-ARPE - 0800 723 2027  
Ligação Grátis de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 0800 723 2027  
Ligação Grátis de telefones fixos e celulares  
em todo o Brasil com tarifas reduzidas

838100000019 064200110000 676751025100 137262300630

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEB 2019

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







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

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
 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/BIBLIOTECABEB/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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 98, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.523.524 / 92,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.523.524 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>AV. PROF. ABAMENOM MAGALHÃES</u>		Número: <u>423</u>	Complemento:
Bairro: <u>VILA POPULAR</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>53.230-010</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>18199.8488-7171</u>	

Local e Data: OLINDA, 31 DE JANEIRO DE 2019

Alcione Gomes da Silva  
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4030-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.523.524 / 92

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.523.524 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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:			Número:	Complemento:
AV. PROF. ABAMÊNOM MAGALHÃES			423	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
VILA POPULAR	OLINDA	PE	53.230-010	18199.8488-7171
E-mail:				

Local e Data: OLINDA, 31 DE JANEIRO DE 2019

Alcione Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





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

Link para o formulário: <http://www2.susep.gov.br/WEB/STI/CÁDWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TITULO=L&CODIGO=27616>

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022.12.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022.81.89 | SAC (para delatantes anônimos e de fato): 0800-022.12.00 | Central Cuidado: 0800-022.91.35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/WEB/STI/CÁDWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TITULO=L&CODIGO=27616>

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 cadastros das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e a faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

Em razão de fornecer as informações da profissão e renda, sem a documentação, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa a posterior comunicação ao COMF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA SUPRÊNCIA E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGUROS, PROVIDÊNCIA PRIVADA SAÚDE, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CCAT, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO AMPLIAMENTO DA FISCALIZAÇÃO, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E VALIDAR AS DECISÕES ADMINISTRATIVAS DE ATIVIDADES FISCALIZADAS NA LEI Nº 9.637/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o nº 084.523.524 / 92

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o nº 084.523.524 / 92 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: RECUSA-SE Renda: RECUSA-SE e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de veracidade junto à Seguradora Lider-DPVAT, render no endereço abaixo, assinando e cópia do formulário de recusa do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>AV. PROF. ALEMÃO MAGALHÃES</u>	<u>423</u>	
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>VILA POPULAR</u>	<u>PE</u>	<u>53.230-060</u>
Cidade:		Tel. (DDD)
<u>OLINDA</u>		<u>1819.8488-7171</u>

Local e Data: OLINDA, 33 DE JANEIRO DE 2019

Alcione Gomes da Silva

Assinatura do Declarante: 05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 09:48:17

Nome Paciente:	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:	388676
Data de Nascimento:	31/10/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	CG0083
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1229208 
SAME:	

Período: 2018-10-29 09:48:17 - 2018-10-29 09:49:19

Prioridade:

NÃO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT ATENDIDO PELA CM QUE SOLICITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Fluxograma sintoma:

RETORNO PARA EXAMES

Discriminador(es):

- RETORNO PARA RESULTADOS DE EXAMES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.062-010  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - COREN: 466090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:41:55





Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Idade: 27a 0m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Contatos: / 81-984638370  
MASCULINO -

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASÍLIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Médico: FERNANDO CANTARELLI CRM: Nº 8384

## REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO POR BOMBEIROS  
POR VOLTA DAS 2:30 SOFREU QUEDA DE MOTO. TRAFEGAVA COM CAPACETE.  
POSSÍVEL PERDA DA CONSCIÊNCIA; NÃO TEM CERTEZA.  
APRESENTA TRAUMA NA MÃO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS

EXAME FÍSICO:

ECG=15 EUPNEICO  
CORACAO=NDN  
PULMOES=NDN  
ABDOMEN=NDN  
FERIDAS NA MÃO ESQUERDA; ATADURA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.  
REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

DIAGNÓSTICO:

ACIDENTE DE MOTO.  
POLITRAUMATISMO.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24 h  
Dra Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica  
CRM 11727

Nome: 398676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Idade: 27a 0m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Contatos: / 81-984638370  
MASCULINO

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

## REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTORICO DE QUE APRESENTOU ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS E RELATO DE PERDA DE CONCIENCIA NO LCOAL  
RELATODE DOR EM MSE E MIE

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES  
FC:80, FR 16

E- LESÕES CORTANTES EMMAO, COTOVELO, JOELHO E PE ESQUERDO  
LIMITAÇÃO E MOVIMENTOS E M 2/3 QDD, COTOVELO, JOELHO E EM PE ESQUERDO

PACINET SERA MEDICADO E RADIOGRAFADO PARA NOVA AVALIAÇÃO

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24  
Dra Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica  
CRM 11477



Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Sexo: Contatos: / 81-984638370  
MASCULINO

Idade: 27a 0m  
Nascimento: 31/10/1991

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229208

Serviço: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

## REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO JOELHO E MÃO DIREITA- FRATURA EXPOSTA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24h  
Dr. Augusto Vasconcelos  
Coord. Médica  
CRM: 1-1-1-1

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/10/2018 23:21:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA RG: PESO:  
IDADE: 27 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 31/10/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: AMANDA GALVAO BARBOSA

DATA DE ATENDIMENTO: 29/10/2018 03:38:19 ATENDIMENTO: 122913 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA DA CM  
PERSISTE COM ACOMPANHAMENTO NA ORTOP

AMANDA GALVAO BARBOSA  
CRM-26099

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 03:36:14

Nome Paciente:	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:	388676
Data de Nascimento:	31/10/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	CG0020
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1229113 
SAME:	

Período: 2018-10-29 03:36:14 - 2018-10-29 03:37:03

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO POR BOMBEIRO COM RELATO D E COLISAO MOTO CARRO E APRESNETA LEÔE S EM MMID EMSO HAS- DM- ALERGIAS- OCORECNIA BOMBEIRO:1194571
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA - FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

302/10/2018 - CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade: CLINICA GERAL

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:36:51

Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Sexo: MASCULINO  
Idade: 26a 11m  
Nascimento: 31/10/1991  
Contatos: / 81-984638370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 5477432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

**SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO**

MEDICAMENTO: CEFALOTINA

Posologia: 01 GRAMA

Previsão de duração: DOSE UNICA

Via: INTRAVENOSO

Frequência: 1 x ao dia

Topografia da Infecção: Outras

Peso: 80

Tipo do uso do Antimicrobiano: Profilático

**Observações Gerais:**

VARIAS LESOS CORTANTE EM MIE E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO

Airton Cesar Pessoa de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / TEOT: 13945

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

Prescrição: 32672 Data: 29/10/2018 08:00  
Usuário: AVRAHAMMCF  
Atendimento: 1229113 Dt Nasc: 31/10/1991 (28a 11m 29d)  
Convênio: SUS - AMBULATORIO  
Paciente: 388676 - FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Peso: Altura: Sup. Corporea:  
Internação: 29/10/2018 03:38 0 Dias(s) int  
Médico: FERNANDO ANIBAL FIALHO CANTARELLI Serviço: CLINICA MEDICA  
Unid. Int.: Leito: Cobertura:  
Cidade:  
Urgência:  
Prescrição:  
Classificação de Risco: PII  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA - CRM - null - 17411  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



## Classificação de Risco: URGENCIA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA URGENCIA

#### PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO Obs: AGORA	1				1 X DIA	

UPA 24h - UPA CAXANGÁ 24h  
SUTURA REALIZADA  
Data: 29/10/2018  
Ass: [Assinatura]

Avraham Ferreira  
SBOT 13092/SBCOC  
CRM 17411  
AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA  
CRM 17411

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 FFV 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



### ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o (a) Sr.(a) Leide

Cetay Joana Souza

necessita de 15

QUINZE dias de  
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo  
de doença.

CID: S62

HGV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2018

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carlomano Maciel

CRM-PE 12978  
SBOT 8929

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Candeias

Recife-PE - CEP 50.620-000

HGV.1017 V.1 2013

Fone 0XX 81 31845600

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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



# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 09:48:17

Nome Paciente: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Cód. Paciente: 388676  
Data de Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Masculino  
Idade: 27  
Senha: CG0083  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 1229208  
SAME:



Período: 2018-10-29 09:48:17 - 2018-10-29 09:49:19

Prioridade:

NÃO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT ATENDIDO PELA CM QUE SOLICITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Fluxograma sintoma:

RETORNO PARA EXAMES

Discriminador(es):

- RETORNO PARA RESULTADOS DE EXAMES

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - COREN: 466090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:41:55

Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA Idade: 27a 0m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: MASCULINO Contatos: 81-994638370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FERNANDO CANTARELLI CRM: Nº 8364

## REGISTRO CLÍNICO

### QPD/HDA:

TRAZIDO POR BOMBETROS  
POR VOLTA DAS 2:30 SOFREU QUEDA DE MOTO. TRAFEGAVA COM CAPACETE.  
POSSIVEL PERDA DA CONSCIENCIA; NAO TEM CERTEZA.  
APRESENTA TRAUMA NA MAO, JOELHO E TORNOLEZO ESQUERDOS.

### EXAME FÍSICO:

ECG=15 EUPNEICO  
CORACAO=NDN  
PULMOES=NDN  
ABDOMEN=NDN  
FERIDAS NA MAO ESQUERDA; ATADURA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.  
REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

### DIAGNÓSTICO:

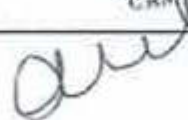
ACIDENTE DE MOTO.  
POLITRAUMATISMO.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24 h  
Drª Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica  
CRM 11727



Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Sexo: MASCULINO  
Idade: 27a 0m  
Nascimento: 31/10/1991  
Contatos: / 81-984638370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

## REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE QUE APRESENTOU ACIDENTE MOTOCICLISTICO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS E RELATO DE PERDA DE CONCIENCIA NO LOCAL RELATODE DOR EM MSE E MIE

EXAME FÍSICO:

A-B-C-D SEM ALTERAÇÕES  
FC: 80, FR 16

E- LESOES CORTANTES EMMAO, COTOVELO, JOELHO E PE ESQUERDO LIMITAÇÃO E MOVIMENTOS E M 2/3 QDD, COTOVELO, JOELHO E EM PE ESQUERDO

PACINET SERA MEDICADO E RADIOGRAFADO PARA NOVA AVALIAÇÃO

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-11  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

22 MAR 2019

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

05.802.494/0001-11  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24  
Drª Audrey Vasconcelos  
Coord. Médica  
CRM: 11735

Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Sexo: MASCULINO  
Idade: 27a 0m  
Nascimento: 31/10/1991  
Contatos: / 81-984638370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229208

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 17411

### REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO JOELHO E MAO DIREITA- FRATURA EXPOSTA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

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

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

**UPA24h**  
CAXANGÁ 24h  
Dr. André Vasconcelos  
Coord. Médico  
CRM: 11.111



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/10/2018 23:21:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA RG: PESO:  
IDADE: 27 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:  
Data de Nascimento: 31/10/1991  
PRESTADOR ASSISTENTE: AMANDA GALVAO BARBOSA  
DATA DE ATENDIMENTO: 29/10/2018 03:38:19 ATENDIMENTO: 1229 f13 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):  
DIAGNÓSTICO INICIAL:  
DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS PROCEDIMENTO  
PROCEDIMENTO DE ALTA:  
OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA DA CM  
PERSISTE COM ACOMPANHAMENTO NA ORTOP

AMANDA GALVAO BARBOSA  
CRM-26099

05.802.494/0001-41  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 03:36:14

Nome Paciente: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Cód. Paciente: 388676  
Data de Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Masculino  
Idade: 27  
Senha: CG0020  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 1229113  
SAME:



Período: 2018-10-29 03:36:14 - 2018-10-29 03:37:03

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO POR BOMBEIRO COM RELATO D E COLISAO MOTO CARRO E APRESNETA  
LEOE S EM MMID EMSD  
HAS-  
DM-  
ALERGIAS-  
OCORECNIA BOMBEIRO:1194571

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA  
- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

302/10/2018 - CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade:

CLINICA GERAL

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:36:51

Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Idade: 26a 11m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984638370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA -  
CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

**SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO**

MEDICAMENTO: CEFALOTINA

Posologia: 01 GRAMA

Previsão de duração: DOSE UNICA

Via: INTRAVENOSO

Frequência: 1 x ao dia

Topografia da Infecção: Outras

Peso: 80

Tipo do uso do Antimicrobiano: Profilático

**Observações Gerais:**

VARIAS LESOES CORTANTE EM MIE E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO

Airton Cesar Pereira de Sá Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / REOT: 15945

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27/11/2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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



Prescrição.: 32672 Data: 29/10/2016 08:00

Usuário.: AVRAHAMMCF

Atendimento: 1229113 Dt Nasc: 31/10/1991 (26a 11m 29d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 388676 - FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Peso.: Altura: Sup. Corporal:

Internação.: 29/10/2016 03:38 0 Dias(s) int

Médico.: FERNANDO ANIBAL FIALHO CANTARELLI Serviço: CLINICA MEDICA

Med. Int.: Leito.: Cobertura:

Qtd.: Cidg.: /

Isoprenico:

Protocolo:

Classificação de Risco: PII

RESPONSADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA - CRM - null - 17411

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



## Classificação de Risco: URGENCIA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA URGENCIA

#### PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO	1				1 X DIA	
Obs.: AGORA						

UPA 24h - UPA CAXANGÁ 24h  
SUTURA REALIZADA  
Data: 29/10/2016  
Ass: [Assinatura]

Avraham Ferreira  
SBOT 13092/SBCC  
CRM 17411  
AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA  
CRM 17411

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



### ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Leilane  
Citar Jacus Souza  
necessita de 15  
15 dias de  
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo  
de doença.  
CID: 562

HGV  
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2017  
LOCALIDADE E DATA

Dr. Carlomano Maciel  
CRM-PE 12978  
SBOT 8929  
Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n - Candeias  
Recife/PE - CEP 50.630-000  
HGV.1017.V.1 2013 Fone: (81) 31849600

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 647005

1.1 - Atendimento em: 29/10/18

1.2 - Às 19 horas e 59 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1101950

2.1 - Internado em: 29/10/18

2.2 - Alta em: 01/11/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE F2 DO 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO - FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO - FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA + FERIMENTOS NO PÉ E CALCANEIO ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 30/10/18 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DEDOS DA MÃO COM FIXAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

5. Observação: COLISÃO MOTU X CARRO.

DATA: 5.2.2019

HORA: 10:01:31

PASTA: 01.02.2019

TB

RS

Dr. Tadeu Burl.  
Médico Veterinário  
CRM 10181/1995

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.002-010

Boa Vista - CEP-50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 27.10.18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.  
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☒ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DEFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

☐ HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MÃO.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

## RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsoniano.

ENFERMEIRA/COREN:

Assinatura da Enfermeira Coren - 320975

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

MSV 1028 V.1 2018

27 MAR 2018

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

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 29/10/2018 19:44

Nome Paciente: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Idade: 28

Senha: E0034

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 29/10/2018 19:45 - 29/10/2018 19:48

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 68261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO E MÃO ESQUERDA APOS COLISÃO MOTO X CARRO.  
HAS-  
DM-  
ALERGIA NEGA

Observação:

Fluxograma sintoma:

discriminador(es):

Especialidade:

UPA  
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
- FRATURA EXPOSTA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 8

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 68261 - FUNÇÃO:

Data Imprimida: 29/10/2018 19:48



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA PRONTUÁRIO: 1101980

Data da operação: 30/03/18

Operador: DR. MURDO LONCIC

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO

Anestesieta: DRA. LOUISE BRITO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE F2 DO 3º QDE + FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 3º QDE + FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTO EM PÉ E CALCANEIO ESQUERDO

PROCEDIMENTO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDOS DA MÃO + FIXAÇÃO COM FIOS K + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui-anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos;
- 3) Observado ferimento em face dorsal do 2º e 3º QDE;
- 4) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados + limpeza extensiva com SF 0,9% + suture dos ferimentos;
- 5) Realizada fixação percutânea com fios k 1.0 sob fluoroscopia (Observada boa redução);
- 6) Imobilização com tala splint metálica;
- 7) Observado ferimento lacrado em joelho com importante contaminação;
- 8) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 9) Observado ferimento em calcâneo e em face medial do hálux esquerdo;
- 10) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 11) Curativo Estéril;
- 12) Imobilização com tala joelhoira;

BRUNO MONTEIRO

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2018

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





**Protocolo de Encaminhamento**

**TIPO DE OCORRÊNCIA**

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA 5544926**  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome do Paciente: Felipe Carlos de Jesus Idade: 20  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão:  Fone:   
Endereço Residencial:  Bairro:   
Cidade:

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Pés ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso do Cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso do Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Polterismo ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Químico ( )  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada:  Metros ( ) Gravidade da Queda:   
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo:  ( ) Arma Branca/Tipo:   
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar:   
Mecanismos do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

**CAUSAS CLÍNICAS**

História Clínica Atual: Mal-estar com náusea e vômito  
em jejum há 12h, dor abdominal tipo cólica  
na região epigástrica, piora com alimentos  
Hipótese Diagnóstica: Doença de Ulceras Pépticas

**AValiação Clínica**

Hicemia Capilar (HGT):  Temperatura:  FC: 100 P.A.: 100/60 X   
Vias Aéreas: FR  Dispnéia S ( ) N ( ) Tiragem Inter-costais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio: Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesão de Escala: S ( ) N ( ) Atividade Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lanificada ( ) Rubor Cardíaco: ( ) Anemia ( ) Hipotensão ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Intenico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-30	FR: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 30-110 Adulto 60-100
--	---

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial: <i>Exatidão e morte de 100%</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica <i>Clípeo Exatidão e morte</i>	
Exames Solicitados: 1 - Especializados <i>CP: No Bloco</i>	
Resultado de Exames: <i>CBS: Tumor VTAT e apêndice</i>	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
	Ass. Enfermeira + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução da Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Obito	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Evadiu-se	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	
Informação do Serviço Social:	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:
Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade do Paciente	
- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e bem os exames complementares	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 29/10/2018 19:59 h SEPHORAF	Impressão: 29/10/2018 19:59 h SEPHORAF

3:40  
Em tempo, possível relato dos médicos

Médico

CP: Tumor VTAT - 01/09/2018

3:40: Em tempo, após conhecimento do diagnóstico de morte, o paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico, onde foi realizada a laparotomia exploratória, com remoção do tumor e apêndice, com diagnóstico de câncer de cólon sigmoide. O paciente foi encaminhado para o bloco de recuperação pós-operatória.

BRUNO CARVALHO  
CRM 123456  
CBO 312120



ATENDIMENTO: 647005

Prontuário: 1101950

Nome: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Data Nasc.: 31/10/1991

Idade: 25

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 05452352482

RG: 0203950101

CMS: 865003460542781

Endereço: RUA DOM BASILIO

Bairro: JOAO PAULO II

Cidade: CAMERAGIBE

Nº: 802

CEP: 54777040

Fone: 05452352

Estado: PE

Nome da Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO

Profissão:

Acompanhante: IDNES FLAVIA (ESPOSA)

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: LULA CLOACNA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: Nº SEMIA - 5544726 - PACIENTE QUEIXA SE DE TRAUMA EM MÃO E JOELHO ESQUERDO APÓS SOFRER COLISÃO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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





Imagem e Imagem

Serviço de Imagem

Unidade de Radiodiagnóstico - Rua 175, SL 902 BL. C

Unidade de Radiodiagnóstico - Rua 175, SL 902 BL. C

Unidade de Radiodiagnóstico - Rua 175, SL 902 BL. C

Unidade de Radiodiagnóstico - Rua 175, SL 902 BL. C

Paciente \_\_\_\_\_: 531065-Felipe Cesar Soares De Souza

Data \_\_\_\_\_: 20/02/2019

Nº Laudo \_\_\_\_\_: 12340051

Data Nasc. \_\_\_\_\_: 31/10/1991

Exame: **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**

Técnicas de exame:

Plano coronal, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T1.

Plano sagital, coronal e axial sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em densidade de prótons, com supressão de gordura.

#### COMENTÁRIOS:

Artefatos de susceptibilidade magnética na topografia da bursa pré-patelar. Existe discreto edema do tecido subcutâneo nesta topografia.

Observa-se espessamento do tendão do músculo vasto lateral, particularmente na topografia do tendão do quadríceps. O retináculo patelar é também espessado e mal definido, próximo a faceta lateral da patela.

Achados provavelmente relacionados com alterações fibrocartilaginárias, secundárias a injúria prévia nesta região.

Formação levemente arredondada, apresentando isossinal em relação as estruturas ósseas, medindo aproximadamente 1,3 x 1,3 x 1,1 cm, situada em íntimo contato com o retináculo patelar lateral, próximo a patela, podendo representar fragmento ósseo destacado. Estudo radiográfico poderá melhor avaliar e caracterizar este achado.

O segmento anterior da faceta lateral da patela apresenta irregularidade nos seus contornos. Relacionado com injúria prévia? Há leve edema medular ósseo nesta topografia.

Pouca quantidade de líquido intra-articular e na bursa suprapatelar. A sinóvia é levemente espessada e irregular (sinovite).

Discreto borramento da gordura de Hoffa e da gordura suprapatelar, sugerindo edema / alterações inflamatórias / hipersolicitação do mecanismo extensor do joelho.

As fibras que formam o ligamento cruzado anterior, particularmente as fibras proximais, são mal definidas. Rotura comprometendo praticamente toda espessura das fibras do ligamento cruzado anterior (alto grau) deve ser considerada.

Secundariamente observamos acentuação na angulação do ligamento cruzado posterior e leve desalinhamento da articulação do joelho.

Ligamento cruzado posterior apresentando espessura e intensidade de sinal normal.

Ligamentos colateral medial e colateral lateral, sem alterações significativas ao método.

Menisco medial conservado.

Rotura radial (vertical) na borda livre do corpo do menisco lateral, comunicando-se com as superfícies articulares.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bela Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Rua 175, SL 902 BL. C - RECIFE-PE

CEP: 50.060-010 - FONE: (51) 3445.1122

Serviço de Imagem Radiológicas do Recife

[www.sirdiagnostico.com.br](http://www.sirdiagnostico.com.br)



Serviço de Imagem

Assessoria: Dr. Roberto  
Rômulo Damasceno - RUA MURILLO,  
S/Nº - JARDIM SANTA TEREZINHA - RECIFE-PE

Afilamento da cartilagem hialina que reveste o compartimento lateral do joelho. Não evidenciamos erosão óssea associada.

Discreto edema medular ósseo no compartimento lateral do joelho, de provável origem mecânica.

Osteófitos incipientes na patela, tróclea, côndilos femorais e nos platôs tibiais.

Retináculo patelar medial preservado.

A cartilagem hialina que reveste a patela e a tróclea não demonstra alterações.

Tendinopatia do semimembrâneo.

Peritendinite anserina.

Lâmina líquida na bursa do gastrocnêmio / semimembrâneo.

Grupamentos musculares conservados.

Dra Katia Pereira CRM PE- 09535

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

Imagem produzida em 17/03/2019 às 14:00:00  
Formato: DICOM 1.2.840.1.1.1

Serviço de Imagem Radiológica de Recife

[www.sirdiagnostico.com.br](http://www.sirdiagnostico.com.br)




# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 09:48:17

Nome Paciente:	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:	388676
Data de Nascimento:	31/10/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	CG0083
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1229208 
SAME:	

Período: 2018-10-29 09:48:17 - 2018-10-29 09:49:19

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCT ATENDIDO PELA CM QUE SOLICITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Fluxograma sintoma: RETORNO PARA EXAMES

Discriminador(es): - RETORNO PARA RESULTADOS DE EXAMES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

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

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

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - COREN: 468090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:41:55



Nome: JONATHE FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
 Idade: 27a 0m  
 Nascimento: 31/10/1991  
 Sexo: Masculino  
 Contato: 81-954638370

Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA - CAMARAGIBÉ/ PE - CEP: 54777432

Data de Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLINICA MEDICA

Médico: FERNANDO CANTARELLI CRM: Nº 8354

# REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO POR BOMBEIROS  
 POR VOLTA DAS 2:30 SOBREU QUEDA DE MOTO. TRAFEGAVA COM CAPACETE.  
 POSSÍVEL PERDA DA CONSCIÊNCIA. NÃO TEM CERTEZA  
 APRESENTA TRAUMA NA MÃO, JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS

EXAME FÍSICO:

ECG=LS EUPNEICO  
 CORAÇÃO=NDH  
 PULMÕES=NDH  
 ABDOME=NDH  
 FERIDAS NA MÃO ESQUERDA; ATADURA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.  
 REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETOHA  
 DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.068-010  
 RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO:

ACIDENTE DE MOTO.  
 POLITRAUMATISMO.

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETOHA  
 DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.068-010  
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETOHA  
 DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.068-010  
 RECIFE-PE

**UPA24h**  
 UPA CAXANGÁ 24 h  
 Drª Audrey Vasconcelos  
 Coord. Médica  
 CRM 111747



Nome: **IRINEU FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA** Idade: **27a An** Nascimento: **31/10/1991**  
 Sexo: **MASCULINO** Contato: **81-984638370**  
 Mãe: **FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO** Endereço: **RUA DOM BASILIO, 902 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432**

Data do Atendimento: **29/10/2019**  
 Prontuário: **00388675**  
 Nº Atendimento: **01229113**  
 Serviço: **CLINICA MEDICA**  
 Médico: **AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186**

## REGISTRO CLÍNICO

QPO/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE QUE APRESENTOU ACIDENTE MOTOCICLISTICO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS E RELATO DE PERDA DE CONCIENCIA NO LOCAL. RELATODE DOR EM M5E E M1E

## EXAME FÍSICO:

AV-B-C-D SEM ALTERAÇÕES  
 FC: 90, PR 10  
 E- LESÕES CORTANTES EM MÃO, COTOVELO, JOELHO E PE ESQUERDO  
 LIMITAÇÃO E MOVIMENTOS E M 2/3 QDD, COTOVELO, JOELHO E EM PE ESQUERDO  
 PACIENTE SERA MEDICADO E RADIOGRAFADO PARA NOVA AVALIAÇÃO

## DIAGNÓSTICO:

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

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

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

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

UPA 24h  
 UPA CAXANGÁ  
 Dr. Ayrton Cesar Filho  
 CRM: 22186  
 29/10/2019



Nome: ARAÚJO-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA Idade: 27a 0m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Masculino Contato: 81-984636370

Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO Endereço: RUA DOM BASÍLIO, 502 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229208

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: Nº 13411

## REGISTRO CLÍNICO

QFD/HDA:

ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DO JOELHO E MÃO DIREITA- FRATURA EXPOSTA

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

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

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

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

**UPA24h**  
UPA CAXANGÁ 24h  
Dr. A. Vasconcelos  
Coord. Médica

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/10/2018 23:21:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA RG: PESO:  
IDADE: 27 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:  
Data de Nascimento: 31/10/1991  
PRESTADOR ASSISTENTE: AMANDA GALVAO BARBOSA  
DATA DE ATENDIMENTO: 29/10/2018 03:38:19 ATENDIMENTO: 13229f13 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO \* PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDIÇÃO DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA DA CM  
PERMANECE COM ACOMPANHAMENTO NA ORTOP

AMANDA GALVAO BARBOSA  
CRM-26095

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
13 MAI 2018  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



# UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2018-10-29 03:36:14

Nome Paciente:	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:	388876
Data de Nascimento:	31/10/1991
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	GG0020
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1229113 
SAME:	

Período: 2018-10-29 03:36:14 - 2018-10-29 03:37:03

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO POR BOMBEIRO COM RELATO D E COLISAO MOTO CARRO E APRESNETA  
LEÃO S EM MMIO EMSO  
HAS-  
DM-  
ALERGIAS-  
OCORECNEA BOMBEIRO:1194571

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

- FERIMENTO EXTENSO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

302/10/2018 - CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade: CLINICA GERAL

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
13 MAR 2019

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

Acolhido(a) por: CINTIA CAVALCANTI FERNANDES - COREN: 6103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2018-11-19 09:36:51

Nome: IRAR/FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Idade: 25a 11m Nascimento: 31/10/1991  
Sexo: Masculino Contato: 81-984638370

MSE: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Endereço: RUA DOM BASILIO, 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018

Prontuário: 00388676

Nº Atendimento: 01229113

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

**SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO**

MEDICAMENTO: CEFALOTINA

Posologia: 01 GRAMA

Previsão de duração: DOSE ÚNICA

Via: INTRAVENOSO

Frequência: 1 x ao dia

Topografia da Infecção: Outras

Peso: 80

Tipo do uso do Antimicrobiano: Profilático

Observações Gerais:

VÁRIAS LESÕES CORTANTE EM MIB E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO

Airton Cesar Filho  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22186 / RCD: 13965

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

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

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

File: 12572 Date: 29/10/2018 08:00

Адрес: 125080, Москва, Б-100, 10-й этаж  
Тел.: (495) 770-00-00, 770-00-01  
Факс: (495) 770-00-02  
E-mail: [info@avrammce.ru](mailto:info@avrammce.ru)  
Сайт: [www.avrammce.ru](http://www.avrammce.ru)

Altamirano (Juvamir): 122912. Ot Nasc: 31/10/1951 (25a 11m 29d)

Endereço: SUS - AMBULATORIO

200676 - FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Altura: Sup. Corpora

```

[10/01/2018 02:38:0] Disa(e) int

```

FERNANDO ANIBAL FIALHO CANTARELLI *Enfermeiro CLÍNICA MÉDICA*

244      245      246      247      248      249      250      251      252      253      254      255      256      257      258      259      260      261      262      263      264      265      266      267      268      269      270      271      272      273      274      275      276      277      278      279      280      281      282      283      284      285      286      287      288      289      290      291      292      293      294      295      296      297      298      299      300      301      302      303      304      305      306      307      308      309      310      311      312      313      314      315      316      317      318      319      320      321      322      323      324      325      326      327      328      329      330      331      332      333      334      335      336      337      338      339      340      341      342      343      344      345      346      347      348      349      350      351      352      353      354      355      356      357      358      359      360      361      362      363      364      365      366      367      368      369      370      371      372      373      374      375      376      377      378      379      380      381      382      383      384      385      386      387      388      389      390      391      392      393      394      395      396      397      398      399      400      401      402      403      404      405      406      407      408      409      410      411      412      413      414      415      416      417      418      419      420      421      422      423      424      425      426      427      428      429      430      431      432      433      434      435      436      437      438      439      440      441      442      443      444      445      446      447      448      449      450      451      452      453      454      455      456      457      458      459      460      461      462      463      464      465      466      467      468      469      470      471      472      473      474      475      476      477      478      479      480      481      482      483      484      485      486      487      488      489      490      491      492      493      494      495      496      497      498      499      500      501      502      503      504      505      506      507      508      509      510      511      512      513      514      515      516      517      518      519      520      521      522      523      524      525      526      527      528      529      530      531      532      533      534      535      536      537      538      539      540      541      542      543      544      545      546      547      548      549      550      551      552      553      554      555      556      557      558      559      560      561      562      563      564      565      566      567      568      569      570      571      572      573      574      575      576      577      578      579      580      581      582      583      584      585      586      587      588      589      590      591      592      593      594      595      596      597      598      599      600      601      602      603      604      605      606      607      608      609      610      611      612      613      614      615      616      617      618      619      620      621      622      623      624      625      626      627      628      629      630      631      632      633      634      635      636      637      638      639      640      641      642      643      644      645      646      647      648      649      650      651      652      653      654      655      656      657      658      659      660      661      662      663      664      665      666      667      668      669      670      671      672      673      674      675      676      677      678      679      680      681      682      683      684      685      686      687      688      689      690      691      692      693      694      695      696      697      698      699      700      701      702      703      704      705      706      707      708      709      710      711      712      713      714      715      716      717      718      719      720      721      722      723      724      725      726      727      728      729      730      731      732      733      734      735      736      737      738      739      740      741      742      743      744      745      746      747      748      749      750      751      752      753      754      755      756      757      758      759      760      761      762      763      764      765      766      767      768      769      770      771      772      773      774      775      776      777      778      779      780      781      782      783      784      785      786      787      788      789      790      791      792      793      794      795      796      797      798      799      800      801      802      803      804      805      806      807      808      809      810      811      812      813      814      815      816      817      818      819      820      821      822      823      824      825      826      827      828      829      830      831      832      833      834      835      836      837      838      839      840      841      842      843      844      845      846      847      848      849      850      851      852      853      854      855      856      857      858      859      860      861      862      863      864      865      866      867      868      869      870      871      872      873      874      875      876      877      878      879      880      881      882      883      884      885      886      887      888      889      890      891      892      893      894      895      896      897      898      899      900      901      902      903      904      905      906      907      908      909      910      911      912      913      914      915      916      917      918      919      920      921      922      923      924      925      92

E-125

by John A. DeWitt and the Physics 300

PROJ. 400W RELSP. FELD DOCUMENTO ..... AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA ..... CTM ..... 13411

© 1997 by John Wiley & Sons, Inc.

1° VIA

### Numbers and Percentages

0000-0000-0000-0000

**Classificação de Risco: URGENCIA**

## PRESCRIÇÃO MÉDICA URGÊNCIA

## PROCEDIMENTOS MEDICOS

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Ord	Unidade	Ord	Apel	Frequencia	Testes/Horarios
2- FURCA + CURATIVO		1			1 x DIA	

UPG 24h - UPA EKAWANG 24h  
SUTUBA REALIZADA  
01/01/2014  
Ass: *[Signature]*

Avraham Ferreira  
SBOT 13094/88000  
CRM 17411

05-802-494/0001-42  
TRABALHO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 JUL 2008

2024-09-24 14:30:00

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

5 1 419 7197

Rua da Aurora, nº 175, 51.933-000  
Boa Vista - CEP 54.060-010  
VFC@E-PI

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAY 2019

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o (a) Sr.(a) Leilane

Getúlio Vargas

necessita de 15

dias

de

afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença

CID: S62

HGV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2018

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carlomano Maciel  
CRM-PE 12978  
SBOT 8928

Assinatura do Médico - CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Av. General San Martin s/n - Centro

Recife - CEP 50.060-010

Ativo 10/12/2018

Fone (081) 31.51.6100

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 SET 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 047005

1.1 - Atendimento em: 29/10/18

1.2 - Às 19 horas e 59 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retrou-se de hr. e min.

2. Internamento Elástico - Reg. Geral No. 1101050

2.1 - Internado em: 29/10/18

2.2 - Alta em: 01/11/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPÔSTA DE F1 DO 2º QUIRÔDÁCTILO ESQUERDO - FRATURA EXPÔSTA DE F1 DO 3º QUIRÔDÁCTILO ESQUERDO - FRATURA EXPÔSTA DA PÁTELA ESQUERDA - PERICULOSIDADE NO PÉ E CALCÃO ESQUERDO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 29/10/18 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DEDOS DA MÃO COM FIXAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPÔSTA DA PÁTELA ESQUERDA.

5. Observação: COLISÃO MUITO X CARRO.

DATA: 3.3.2019

HORA: 10:41:11

PÁTELA: 01.02.2019

TR

EL

Dr. Felipe Souza  
Médico Especialista  
Ortopedia e Traumatologia  
Rég. 014/2018

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



# FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO:

10.10.18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.  
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

IDADE = OU IGUAL 65 ANOS

GRANÇAS = OU IGUAL 5 ANOS

COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

DEFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUIDA

HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA

ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOTIROIDISMO)

OBESIDADE MORBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

REDUÇÃO ANESTÉSICA

MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MÊO.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLHETO DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☒ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADOR):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grêis de proteção elevados;
3. Orientar e não trancar portas;
4. Orientar e não andar nem correr na enfermagem ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e obstáculos;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e perspetivas de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-convulsivante.

ENFERMEIRA(CO)REN:

*[Assinatura]*

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

7 7 MAR 2018

13 MAI 2019

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

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

# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

BANDEIRAS VZ

Data e hora retirada da anamnese: 29/10/2018 18:48

Nome Paciente: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Cod. Paciente: 117-7  
Data de Nascimento: 11/07/1990  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
Senha: E0034  
Contato: ALISSA  
Atendimento: 11/07/2018  
SAME: 11/07/2018

Período: 29/10/2018 18:48 - 29/10/2018 18:48

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 68261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prontidão: AMARELO - RISCO  
Co: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO E MÃO ESQUERDA APOS COLISÃO MOTO X CARRO.  
HAS-  
DM-  
ALERGIA NEGA  
UPA

Observação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Fisiopatologia sintoma: FRATURA EXPONTAF  
Exatidão: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Exatidão: REGUA DE DOR: 0

EXATIDÃO DE JOELHO ESQUERDO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

Assinatura(s) por ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 68261 - FUNÇÃO:  
Data Imprimida: 29/10/2018 18:48

**Secretaria Estadual de Saúde**

**RELATÓRIO DA OPERAÇÃO**

PACIENTE: FELIPE CRIBARI SOARES DE SOUZA - PRENTOUAGUA 1101986

Data da operação: 30/05/18

Operador: DR. MURILO GONÇALVES

1ª assistente: DR. BRUNO MONTEIRO

Assistente: DRA. LAYANE BRITO

**DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:** FRATURA EXPOSTA DE F2 DO 2º QDE + FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 3º QDE + FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTO EM PÉ E CALCANO ESQUERDO

**PROCEDIMENTO:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDOS DA MÃO + FIXAÇÃO COM FIOS K + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob requiemamento;
- 2) Anestesia e antisepsia + aposição de campos cirúrgicos;
- 3) Observado ferimento em face dorsal do 2º e 3º QDE
- 4) Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados + limpeza extensiva com SF 0,9% + sutura dos ferimentos
- 5) Realizada fixação percutânea com fios k 1,0 sob fluoroscopia (Observada boa redução)
- 6) Imobilização com tala gipsa metálica
- 7) Observado ferimento lacrado em joelho com importante contusão
- 8) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados
- 9) Observado ferimento em calcâneo e em face medial do talus esquerdo
- 10) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados
- 11) Curativo Estéril
- 12) Imobilização com tala joalheira

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

77 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 302 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE







**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGA



### Protocolo de Encaminhamento

Tipo de ocorrência:

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Perinatal ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENER 2344236

Nome do Paciente: Paulo Roberto de Jesus Idade: 24

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: Trabalha ( ) Sem Profissão ( )

Endereço Residencial: Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C Bairro: Boa Vista

Cidade: Caxanga

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Mão ( ) Caminhonete ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Remanejo de Carga ( )  
Motociclista: Motorista ( ) Passageiro ( ) Uso de Carga ( )  
Semi-afogamento/afogamento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animal ( )  
Exposição ao Fogo/Fumaça/Químico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda ( ) Altura Aproximada: 1,50m  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo ( ) Por Arma Branca ( ) Por Objeto ( )  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( )  
Mecanismos do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Posterior ( )

História Clínica Atual: Acidente de trânsito, colisão com um muro, vítima de lesões múltiplas.

História Diagnóstica: Lesões múltiplas, fraturas de membros superiores e inferiores.

### AValiação Clínica

Exame Capilar (GAT): Normal Temperatura: 36,5°C PA: 120/80 R: 12  
Via Aérea: FR 12 Dilepse S: N Turgor da pele S: N Oligúria S: N  
Sinais Espiratoriais: S: N Garganta: S: N Deformidade no Tórax S: N Deformidade no Abdômen S: N  
Distúrbio: Falta de Choro S: N  
Atividade Pericardíaca: S: N Lesão de Fígado S: N Lesão de Baço S: N  
Perfuração Periférica: S: N Lesão de Músculo S: N Lesão de Nervos S: N  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Faltando ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S: N Desidratação S: N

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAR 2019

FRANCISCO  
Caxanga 20-30  
Adulto 12-30

FRANCISCO  
Caxanga 20-30  
Adulto 12-30

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAR 2019

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

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

# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E. Abdômen

Diagnóstico inicial

Exames Solicitados: 1 - Psicologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializada

Faz. Anál. de Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução da Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Outpatient ☐ Exatidão da Anál. ☐ Evoluções

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Instável ☐ Piorado ☐ Outro

Informações do Paciente

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Procedência

Observações

Ratificação para Transferência

Sigilo

CRM/PRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de exames, clínicos, físicos, inclusive transfusões e bem os exames complementares

Assinatura

Data

Nº de Identidade

Nome completo legível

Assinatura

Termo de Responsabilidade do Paciente

- Reconheço-me pela inteira responsabilidade do paciente sobre o diagnóstico, bem como sobre o conhecimento sobre as consequências que dele ato possam advir

Data

Nº de Identidade

Nome completo legível

Assinatura

Localização: 26/10/2018 19:58 - SEPORAFT

Inscrição: 29/10/2018 19:58 - SEPORAFT

13 MAI 2019

Rua da Aurora, 70 - 1º andar - 50.060-010  
Rua Vitor - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Imprimir (Linha de Impressão)

Em tempo, quanto a este caso

100 mg - 01 mg - 10 ml 97 0/77 JV

Em tempo, quanto a este caso

Em tempo, quanto a este caso



ATENÇÃO: 647005

Prontuário: 1101850

Nome: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Data Nas: 31/10/1991

CPF: 06452362402

Endereço: RUA DOM BASILIO

Bairro: JOAO PAULO II

CEP: 54777040

Nome da Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO

Acompanhante: IONEO PLAVIA (RESPOSO)

Nome do Corrigido:

Local de Procedência:

Clinica: 0875 FELISA E TRAUIM T. 2004

Ocorrência: Nº 58494-554021 - Queda de de trauma em mão e Joelho esquerdo após sofrer colisão

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Queixa Principal / HDA:

*Lesão no braço de trauma ao cair  
e bater a mão e*

Perda da consciência: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒

Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo: ☐ Motorista ☐ Passageiro ☐

Envolvimento: Sim ☐ Não ☒

Vítima de Furtivo: Sim ☐ Não ☒

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Condições de mobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Observações:

*Parado no braço - trauma ao cair  
e bater a mão e*

A: Geral

Via aérea este paciente: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: C°

*ECG: cardíaco normal*

Respiratório

*normal*

C: Circulatório

PA: x mmHg - FC: bat/min

D: Exames Neurológico

Definição motora: MDL ☐ MDE ☐ MDI ☐ MIE ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Pupilar: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

*ECG: 15*

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

13 MAI 2019

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Paciente \_\_\_\_\_: 831065-Felipe Cesar Soares De Souza  
Data \_\_\_\_\_: 26/02/2019  
Nº Laudo \_\_\_\_\_: 12340081  
Dat. Nasc. \_\_\_\_\_: 31/10/1991  
Exame: **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**

**Técnicas de exame**

Plano coronal, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T<sub>1</sub>.  
Plano sagital, coronal e axial sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em densidade de prótons, com supressão de gordura.

**COMENTÁRIOS:**

Artefatos de susceptibilidade magnética na hipocrefa da bursa pré-patelar. Existe discreto edema do tendão subcutâneo nesta bursa.

Observa-se espessamento do tendão do músculo vasto lateral, particularmente na topografia do tendão do quadríceps. O retináculo patelar e também espessado e mal definido, próximo a faceta lateral da patela.  
Achados provavelmente relacionados com alterações fibrocartilagens, secundárias a injúria prévia nesta região.

Formação levemente arredondada, apresentando isossinal em relação as estruturas ósseas, medindo aproximadamente 1,3 x 1,3 x 1,1 cm, situada em íntimo contato com o retináculo patelar lateral, próximo a patela, podendo representar fragmento ósseo destacado. Estudo radiográfico poderá melhor avaliar e caracterizar este achado.

O segmento anterior da faceta lateral da patela apresenta irregularidade nos seus contornos. Relacionado com injúria prévia? Há leve edema medular ósseo nesta topografia.

Pouca quantidade de líquido intra-articular e na bursa suprapatelar. A sinóvia é levemente espessada e irregular (sinovite).

Discreto borramento da borda da Hoffa e da borda suprapatelar, sugerindo edema / alterações inflamatórias / hiperplasia do mecanismo extensor do joelho.

As fibras que formam o ligamento cruzado anterior, particularmente as fibras proximais, são mal definidas. Rotura comprometendo praticamente toda espessura das fibras do ligamento cruzado anterior (silo greu) deve ser considerada.

Secundariamente observamos adaptação na angulação do ligamento cruzado posterior e leve desalinhamento da articulação do joelho.

Ligamento cruzado posterior apresentando espessura e intensidade de sinal normal.  
Ligamentos colateral medial e colateral lateral, sem alterações significativas ao método.

Menisco medial conservado.

Rotura radial (vertical) na borda livre do corpo do menisco lateral, comunicando-se com as superfícies articulares.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAR 2019

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



Aumento da patela na linha que reveste o compartimento lateral do joelho. Não  
evidenciado edema ósseo associado.  
Quadrado edema medular ósseo no compartimento lateral do joelho, de provável origem  
traumática.  
Osteófitos incipientes na patela, troclea, condilo femoral e nos platos tibiais.

Replaculo patelar medial preservado.  
A cartilagem hialina que reveste a patela e a troclea não demonstra alterações.

Tendinite do semitendinoso.  
Tendinite anserina.  
Líquido na bursa do semitendinoso / semitendinoso.  
Grupos musculares conservados.

Dra. Kátia Pereira CRM PE- 09535

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE  
www.recife-pe-diagnostico.com.br



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética

Tomografia Computadorizada Multi-Slice

Ultrassonografia com Doppler Colorido

Densitometria Óssea

Radiologia Geral

Paciente \_\_\_\_\_: 531065-Felipe Cesar Soares De Souza

Data \_\_\_\_\_: 20/02/2019

Nº Laudo \_\_\_\_\_: 12340051

Dat. Nasc. \_\_\_\_\_: 31/10/1991

Exame: **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**

#### Técnicas de exame:

Plano coronal, sequência "SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em T<sub>1</sub>.  
Plano sagital, coronal e axial sequência "TURBO SPIN-ECHO", contraste ponderado principalmente em densidade de prótons, com supressão de gordura.

#### COMENTÁRIOS:

Artefatos de susceptibilidade magnética na topografia da bursa pré-patelar. Existe discreto edema do tecido subcutâneo nesta topografia.

Observa-se espessamento do tendão do músculo vasto lateral, particularmente na topografia do tendão do quadríceps. O retináculo patelar e também espessado e mal definido, próximo a faceta lateral da patela.

Achados provavelmente relacionados com alterações fibrocicatriciais, secundárias a injúria prévia nesta região.

Formação levemente arredondada, apresentando isossinal em relação as estruturas ósseas, medindo aproximadamente 1,3 x 1,3 x 1,1 cm, situada em íntimo contato com o retináculo patelar lateral, próximo a patela, podendo representar fragmento ósseo destacado. Estudo radiográfico poderá melhor avaliar e caracterizar este achado.

O segmento anterior da faceta lateral da patela apresenta irregularidade nos seus contornos. Relacionado com injúria prévia? Há leve edema medular ósseo nesta topografia.

Pequena quantidade de líquido intra-articular e na bursa suprapatelar. A sinóvia é levemente espessada e irregular (sinovite).

Discreto borramento da gordura de Hoffa e da gordura suprapatelar, sugerindo edema / alterações inflamatórias / hipersolicitação do mecanismo extensor do joelho.

As fibras que formam o ligamento cruzado anterior, particularmente as fibras proximais, são mal definidas. Rotura comprometendo praticamente toda espessura das fibras do ligamento cruzado anterior (alto grau) deve ser considerada.

Secundariamente observamos acentuação na angulação do ligamento cruzado posterior e leve desalinhamento da articulação do joelho.

Ligamento cruzado posterior apresentando espessura e intensidade de sinal normal.  
Ligamentos colateral medial e colateral lateral, sem alterações significativas ao método.

Menisco medial conservado.

**Rotura radial (vertical) na borda livre do corpo do menisco lateral, comunicando-se com as superfícies articulares.**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

RECIFE-PE

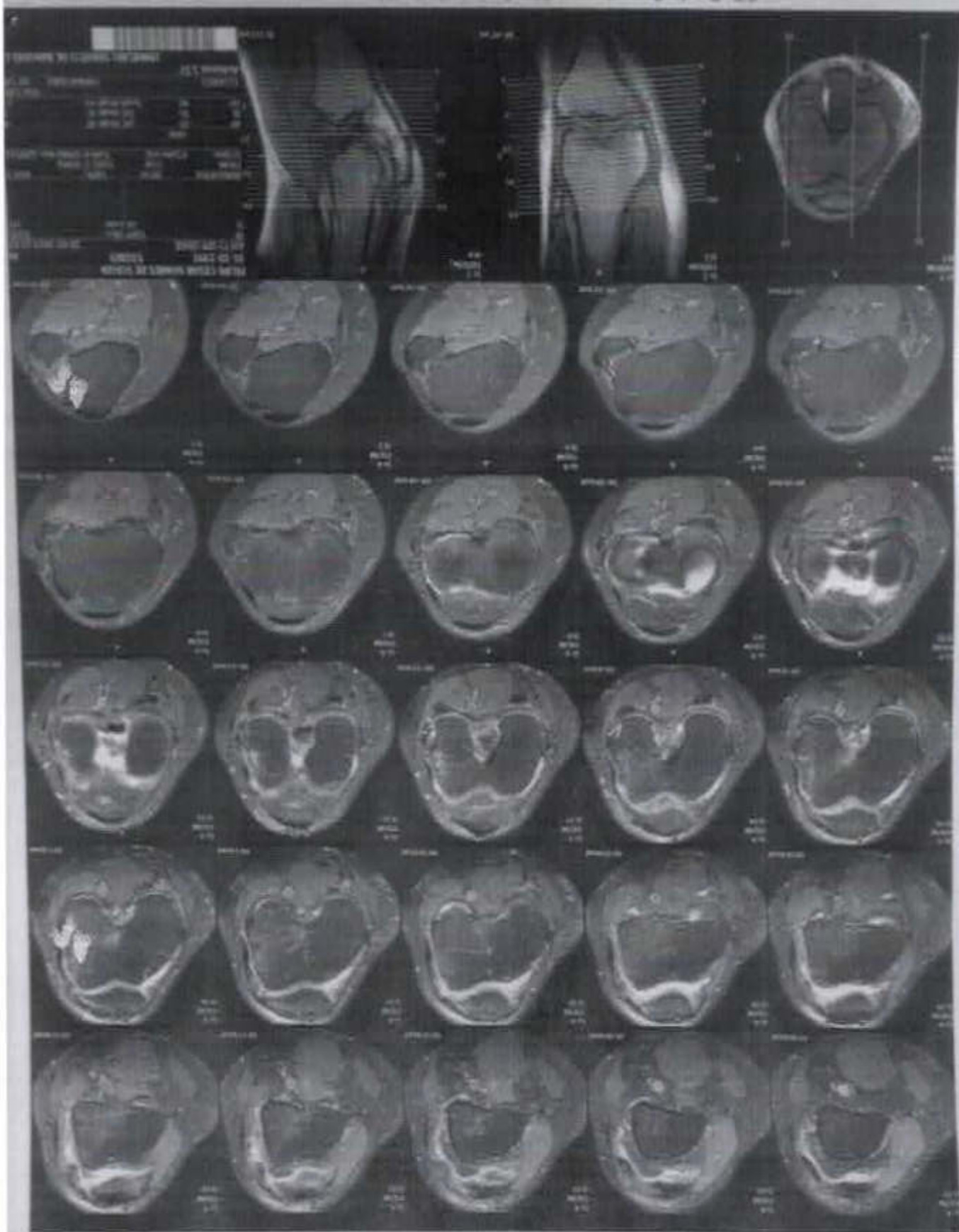
Rua Guilherme Figueira, 110 - J. Ipiranga - Recife/PE  
CEP: 52.013-210 | Fone: (81) 3449.1322

Serviço de Imagem Radiológicas do Recife

[www.sirdiagnostico.com.br](http://www.sirdiagnostico.com.br)







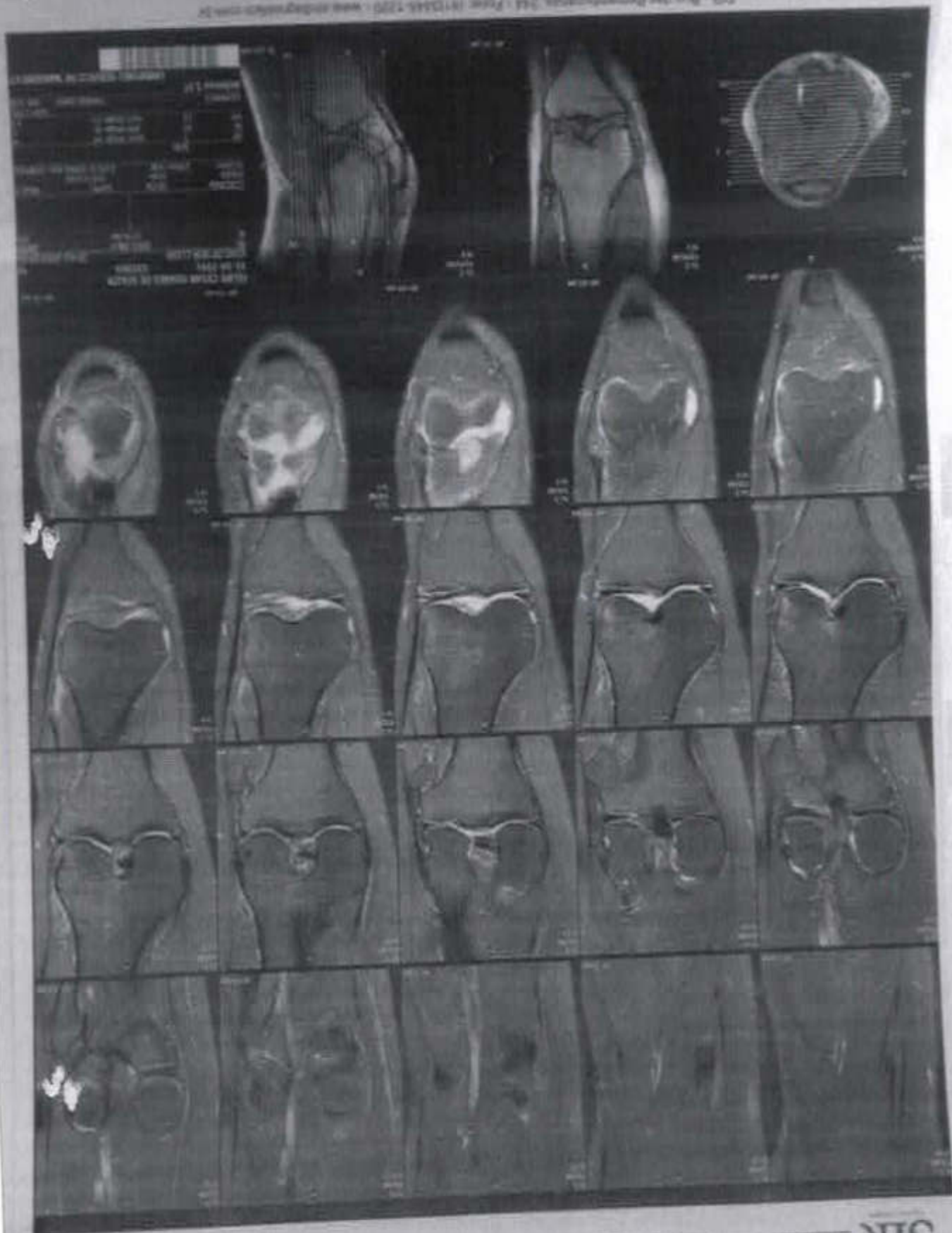
SIR • Tomografia multilite • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Eletroencefalografia • Eletrocardiografia • Raio-X  
05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO ORTOMÉDICA  
DE SEQUENCIAMENTO

13 MAI 2014

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SIR • Tomografia multiseccional • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Densitometria Óssea • Raio-X  
TRACAO CORPORA  
DE SEGURANCA

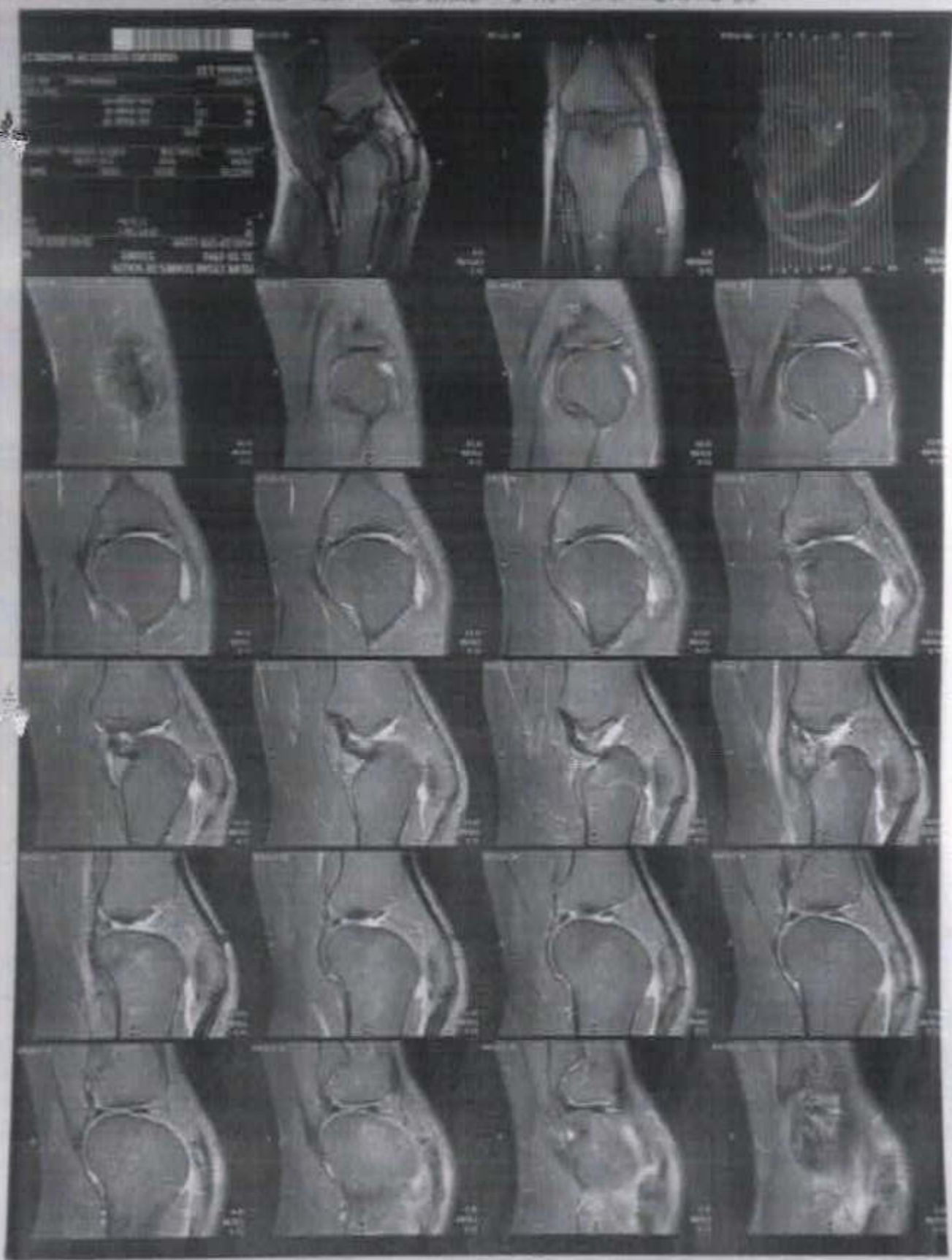
BOL. 100-11

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



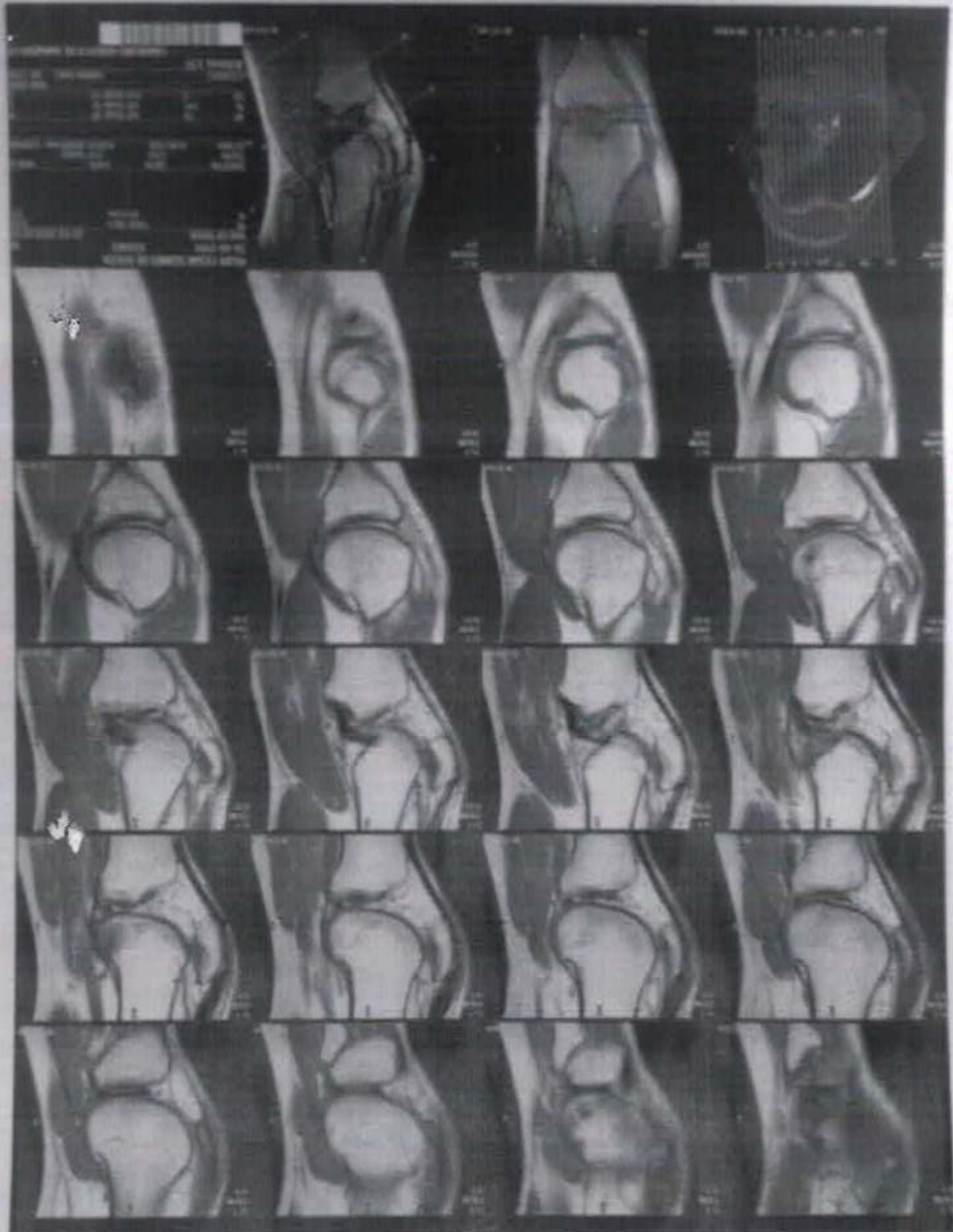


SIR Tomografia multise, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, Biotips, Densitometria Óssea, Raio-X

TRACAO CORRETEIRA  
DE SEGUROS LTDA

1-3-MAI-2013

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



SIR  
 Tomografia Multidimensional e Radiografia Panorâmica  
 DE SEGUROS LTDA  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE  
 13 JUN 2019  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**  
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 06/08/2019 15:42

Apontamento: 320553 Entrada: 06/08/2019 Hora: 13:35  
Ponto: SUS - REVERSÃO  
Responsável: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL

Responsável: ADRIANA VIEIRA  
Matrícula: 608003480842781  
Identidade: C.N.S.

Paciente: 1623821 FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA  
Nascimento: 11/10/1991 (27 Anos e 9 Meses)  
Endereço: RUA FLORIANO ARAUJO  
Bairro: ALBERTO MAIA C.E.P. 54711-500  
Cidade: 2603454 CAMARAGIBO  
País: VALDEMAR DE SOUZA  
Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO  
Nacionalidade: BRASILEIRO

Sexo: MASCULINO Cor: PARDOS  
Estado Civil: DIVORCIADO  
C.P.F.: 08452582432  
Identidade: 7294037-508-PE  
Telefone: 84638379 / 897547255  
Ocupação: 2º GRAU - COMPLETO  
Ocupação: PROMOTOR DE VENDAS  
Nacionalidade: RECIFE

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

**CONSULTA NA URGÊNCIA**

CONSULTA NA URGÊNCIA - DR. SILVIO JOHSDON MACEDO DE SANTIAGO CRM 97561

Queixa do paciente: relato trauma em acidente de moto há 9 meses

Exame físico: consciente sem desorientação + sem edema

Hipótese diagnóstica: lesão da LCA+ menisco joelho esquerdo

Prescrição/Conduta:

Histórico/Observações

01	internamento	
02		
03		
04		

Prescrição:

Material Utilizado: 1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22/23/24/25/26/27/28/29/30/31/32/33/34/35/36/37/38/39/40/41/42/43/44/45/46/47/48/49/50/51/52/53/54/55/56/57/58/59/60/61/62/63/64/65/66/67/68/69/70/71/72/73/74/75/76/77/78/79/80/81/82/83/84/85/86/87/88/89/90/91/92/93/94/95/96/97/98/99/100/101/102/103/104/105/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117/118/119/120/121/122/123/124/125/126/127/128/129/130/131/132/133/134/135/136/137/138/139/140/141/142/143/144/145/146/147/148/149/150/151/152/153/154/155/156/157/158/159/160/161/162/163/164/165/166/167/168/169/170/171/172/173/174/175/176/177/178/179/180/181/182/183/184/185/186/187/188/189/190/191/192/193/194/195/196/197/198/199/200/201/202/203/204/205/206/207/208/209/210/211/212/213/214/215/216/217/218/219/220/221/222/223/224/225/226/227/228/229/230/231/232/233/234/235/236/237/238/239/240/241/242/243/244/245/246/247/248/249/250/251/252/253/254/255/256/257/258/259/260/261/262/263/264/265/266/267/268/269/270/271/272/273/274/275/276/277/278/279/280/281/282/283/284/285/286/287/288/289/290/291/292/293/294/295/296/297/298/299/300/301/302/303/304/305/306/307/308/309/310/311/312/313/314/315/316/317/318/319/320/321/322/323/324/325/326/327/328/329/330/331/332/333/334/335/336/337/338/339/340/341/342/343/344/345/346/347/348/349/350/351/352/353/354/355/356/357/358/359/360/361/362/363/364/365/366/367/368/369/370/371/372/373/374/375/376/377/378/379/380/381/382/383/384/385/386/387/388/389/390/391/392/393/394/395/396/397/398/399/400/401/402/403/404/405/406/407/408/409/410/411/412/413/414/415/416/417/418/419/420/421/422/423/424/425/426/427/428/429/430/431/432/433/434/435/436/437/438/439/440/441/442/443/444/445/446/447/448/449/450/451/452/453/454/455/456/457/458/459/460/461/462/463/464/465/466/467/468/469/470/471/472/473/474/475/476/477/478/479/480/481/482/483/484/485/486/487/488/489/490/491/492/493/494/495/496/497/498/499/500/501/502/503/504/505/506/507/508/509/510/511/512/513/514/515/516/517/518/519/520/521/522/523/524/525/526/527/528/529/530/531/532/533/534/535/536/537/538/539/540/541/542/543/544/545/546/547/548/549/550/551/552/553/554/555/556/557/558/559/560/561/562/563/564/565/566/567/568/569/570/571/572/573/574/575/576/577/578/579/580/581/582/583/584/585/586/587/588/589/590/591/592/593/594/595/596/597/598/599/600/601/602/603/604/605/606/607/608/609/610/611/612/613/614/615/616/617/618/619/620/621/622/623/624/625/626/627/628/629/630/631/632/633/634/635/636/637/638/639/640/641/642/643/644/645/646/647/648/649/650/651/652/653/654/655/656/657/658/659/660/661/662/663/664/665/666/667/668/669/670/671/672/673/674/675/676/677/678/679/680/681/682/683/684/685/686/687/688/689/690/691/692/693/694/695/696/697/698/699/700/701/702/703/704/705/706/707/708/709/710/711/712/713/714/715/716/717/718/719/720/721/722/723/724/725/726/727/728/729/730/731/732/733/734/735/736/737/738/739/740/741/742/743/744/745/746/747/748/749/750/751/752/753/754/755/756/757/758/759/760/761/762/763/764/765/766/767/768/769/770/771/772/773/774/775/776/777/778/779/780/781/782/783/784/785/786/787/788/789/790/791/792/793/794/795/796/797/798/799/800/801/802/803/804/805/806/807/808/809/810/811/812/813/814/815/816/817/818/819/820/821/822/823/824/825/826/827/828/829/830/831/832/833/834/835/836/837/838/839/840/841/842/843/844/845/846/847/848/849/850/851/852/853/854/855/856/857/858/859/860/861/862/863/864/865/866/867/868/869/870/871/872/873/874/875/876/877/878/879/880/881/882/883/884/885/886/887/888/889/890/891/892/893/894/895/896/897/898/899/900/901/902/903/904/905/906/907/908/909/910/911/912/913/914/915/916/917/918/919/920/921/922/923/924/925/926/927/928/929/930/931/932/933/934/935/936/937/938/939/940/941/942/943/944/945/946/947/948/949/950/951/952/953/954/955/956/957/958/959/960/961/962/963/964/965/966/967/968/969/970/971/972/973/974/975/976/977/978/979/980/981/982/983/984/985/986/987/988/989/990/991/992/993/994/995/996/997/998/999/1000/1001/1002/1003/1004/1005/1006/1007/1008/1009/1010/1011/1012/1013/1014/1015/1016/1017/1018/1019/1020/1021/1022/1023/1024/1025/1026/1027/1028/1029/1030/1031/1032/1033/1034/1035/1036/1037/1038/1039/1040/1041/1042/1043/1044/1045/1046/1047/1048/1049/1050/1051/1052/1053/1054/1055/1056/1057/1058/1059/1060/1061/1062/1063/1064/1065/1066/1067/1068/1069/1070/1071/1072/1073/1074/1075/1076/1077/1078/1079/1080/1081/1082/1083/1084/1085/1086/1087/1088/1089/1090/1091/1092/1093/1094/1095/1096/1097/1098/1099/1100/1101/1102/1103/1104/1105/1106/1107/1108/1109/1110/1111/1112/1113/1114/1115/1116/1117/1118/1119/1120/1121/1122/1123/1124/1125/1126/1127/1128/1129/1130/1131/1132/1133/1134/1135/1136/1137/1138/1139/1140/1141/1142/1143/1144/1145/1146/1147/1148/1149/1150/1151/1152/1153/1154/1155/1156/1157/1158/1159/1160/1161/1162/1163/1164/1165/1166/1167/1168/1169/1170/1171/1172/1173/1174/1175/1176/1177/1178/1179/1180/1181/1182/1183/1184/1185/1186/1187/1188/1189/1190/1191/1192/1193/1194/1195/1196/1197/1198/1199/1200/1201/1202/1203/1204/1205/1206/1207/1208/1209/1210/1211/1212/1213/1214/1215/1216/1217/1218/1219/1220/1221/1222/1223/1224/1225/1226/1227/1228/1229/1230/1231/1232/1233/1234/1235/1236/1237/1238/1239/1240/1241/1242/1243/1244/1245/1246/1247/1248/1249/1250/1251/1252/1253/1254/1255/1256/1257/1258/1259/1260/1261/1262/1263/1264/1265/1266/1267/1268/1269/1270/1271/1272/1273/1274/1275/1276/1277/1278/1279/1280/1281/1282/1283/1284/1285/1286/1287/1288/1289/1290/1291/1292/1293/1294/1295/1296/1297/1298/1299/1300/1301/1302/1303/1304/1305/1306/1307/1308/1309/1310/1311/1312/1313/1314/1315/1316/1317/1318/1319/1320/1321/1322/1323/1324/1325/1326/1327/1328/1329/1330/1331/1332/1333/1334/1335/1336/1337/1338/1339/1340/1341/1342/1343/1344/1345/1346/1347/1348/1349/1350/1351/1352/1353/1354/1355/1356/1357/1358/1359/1360/1361/1362/1363/1364/1365/1366/1367/1368/1369/1370/1371/1372/1373/1374/1375/1376/1377/1378/1379/1380/1381/1382/1383/1384/1385/1386/1387/1388/1389/1390/1391/1392/1393/1394/1395/1396/1397/1398/1399/1400/1401/1402/1403/1404/1405/1406/1407/1408/1409/1410/1411/1412/1413/1414/1415/1416/1417/1418/1419/1420/1421/1422/1423/1424/1425/1426/1427/1428/1429/1430/1431/1432/1433/1434/1435/1436/1437/1438/1439/1440/1441/1442/1443/1444/1445/1446/1447/1448/1449/1450/1451/1452/1453/1454/1455/1456/1457/1458/1459/1460/1461/1462/1463/1464/1465/1466/1467/1468/1469/1470/1471/1472/1473/1474/1475/1476/1477/1478/1479/1480/1481/1482/1483/1484/1485/1486/1487/1488/1489/1490/1491/1492/1493/1494/1495/1496/1497/1498/1499/1500/1501/1502/1503/1504/1505/1506/1507/1508/1509/1510/1511/1512/1513/1514/1515/1516/1517/1518/1519/1520/1521/1522/1523/1524/1525/1526/1527/1528/1529/1530/1531/1532/1533/1534/1535/1536/1537/1538/1539/1540/1541/1542/1543/1544/1545/1546/1547/1548/1549/1550/1551/1552/1553/1554/1555/1556/1557/1558/1559/1560/1561/1562/1563/1564/1565/1566/1567/1568/1569/1570/1571/1572/1573/1574/1575/1576/1577/1578/1579/1580/1581/1582/1583/1584/1585/1586/1587/1588/1589/1590/1591/1592/1593/1594/1595/1596/1597/1598/1599/1600/1601/1602/1603/1604/1605/1606/1607/1608/1609/1610/1611/1612/1613/1614/1615/1616/1617/1618/1619/1620/1621/1622/1623/1624/1625/1626/1627/1628/1629/1630/1631/1632/1633/1634/1635/1636/1637/1638/1639/1640/1641/1642/1643/1644/1645/1646/1647/1648/1649/1650/1651/1652/1653/1654/1655/1656/1657/1658/1659/1660/1661/1662/1663/1664/1665/1666/1667/1668/1669/1670/1671/1672/1673/1674/1675/1676/1677/1678/1679/1680/1681/1682/1683/1684/1685/1686/1687/1688/1689/1690/1691/1692/1693/1694/1695/1696/1697/1698/1699/1700/1701/1702/1703/1704/1705/1706/1707/1708/1709/1710/1711/1712/1713/1714/1715/1716/1717/1718/1719/1720/1721/1722/1723/1724/1725/1726/1727/1728/1729/1730/1731/1732/1733/1734/1735/1736/1737/1738/1739/1740/1741/1742/1743/1744/1745/1746/1747/1748/1749/1750/1751/1752/1753/1754/1755/1756/1757/1758/1759/1760/1761/1762/1763/1764/1765/1766/1767/1768/1769/1770/1771/1772/1773/1774/1775/1776/1777/1778/1779/1780/1781/1782/1783/1784/1785/1786/1787/1788/1789/1790/1791/1792/1793/1794/1795/1796/1797/1798/1799/1800/1801/1802/1803/1804/1805/1806/1807/1808/1809/1810/1811/1812/1813/1814/1815/1816/1817/1818/1819/1820/1821/1822/1823/1824/1825/1826/1827/1828/1829/1830/1831/1832/1833/1834/1835/1836/1837/1838/1839/1840/1841/1842/1843/1844/1845/1846/1847/1848/1849/1850/1851/1852/1853/1854/1855/1856/1857/1858/1859/1860/1861/1862/1863/1864/1865/1866/1867/1868/1869/1870/1871/1872/1873/1874/1875/1876/1877/1878/1879/1880/1881/1882/1883/1884/1885/1886/1887/1888/1889/1890/1891/1892/1893/1894/1895/1896/1897/1898/1899/1900/1901/1902/1903/1904/1905/1906/1907/1908/1909/1910/1911/1912/1913/1914/1915/1916/1917/1918/1919/1920/1921/1922/1923/1924/1925/1926/1927/1928/1929/1930/1931/1932/1933/1934/1935/1936/1937/1938/1939/1940/1941/1942/1943/1944/1945/1946/1947/1948/1949/1950/1951/1952/1953/1954/1955/1956/1957/1958/1959/1960/1961/1962/1963/1964/1965/1966/1967/1968/1969/1970/1971/1972/1973/1974/1975/1976/1977/1978/1979/1980/1981/1982/1983/1984/1985/1986/1987/1988/1989/1990/1991/1992/1993/1994/1995/1996/1997/1998/1999/2000/2001/2002/2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010/2011/2012/2013/2014/2015/2016/2017/2018/2019/2020/2021/2022/2023/2024/2025/2026/2027/2028/2029/2030/2031/2032/2033/2034/2035/2036/2037/2038/2039/2040/2041/2042/2043/2044/2045/2046/2047/2048/2049/2050/2051/2052/2053/2054/2055/2056/2057/2058/2059/2060/2061/2062/2063/2064/2065/2066/2067/2068/2069/2070/2071/2072/2073/2074/2075/2076/2077/2078/2079/2080/2081/2082/2083/2084/2085/2086/2087/2088/2089/2090/2091/2092/2093/2094/2095/2096/2097/2098/2099/2100/2101/2102/2103/2104/2105/2106/2107/2108/2109/2110/2111/2112/2113/2114/2115/2116/2117/2118/2119/2120/2121/2122/2123/2124/2125/2126/2127/2128/2129/2130/2131/2132/2133/2134/2135/2136/2137/2138/2139/2140/2141/2142/2143/2144/2145/2146/2147/2148/2149/2150/2151/2152/2153/2154/2155/2156/2157/2158/2159/2160/2161/2162/2163/2164/2165/2166/2167/2168/2169/2170/2171/2172/2173/2174/2175/2176/2177/2178/2179/2180/2181/2182/2183/2184/2185/2186/2187/2188/2189/2190/2191/2192/2193/2194/2195/2196/2197/2198/2199/2200/2201/2202/2203/2204/2205/2206/2207/2208/2209/2210/2211/2212/2213/2214/2215/2216/2217/2218/2219/2220/2221/2222/2223/2224/2225/2226/2227/2228/2229/2230/2231/2232/2233/2234/2235/2236/2237/2238/2239/2240/2241/2242/2243/2244/2245/2246/2247/2248/2249/2250/2251/2252/2253/2254/2255/2256/2257/2258/2259/2260/2261/2262/2263/2264/2265/2266/2267/2268/2269/2270/2271/2272/2273/2274/2275/2276/2277/2278/2279/2280/2281/2282/2283/2284/2285/2286/2287/2288/2289/2290/2291/2292/2293/2294/2295/2296/2297/2298/2299/2300/2301/2302/2303/2304/2305/2306/2307/2308/2309/2310/2311/2312/2313/2314/2315/2316/2317/2318/2319/2320/2321/2322/2323/2324/2325/2326/2327/2328/2329/2330/2331/2332/2333/2334/2335/2336/2337/2338/2339/2340/2341/2342/2343/2344/2345/2346/2347/2348/2349/2350/2351/2352/2353/2354/2355/2356/2357/2358/2359/2360/2361/2362/2363/2364/2365/2366/2367/2368/2369/2370/2371/2372/2373/2374/2375/2376/2377/2378/2379/2380/2381/2382/2383/2384/2385/2386/2387/2388/2389/2390/2391/2392/2393/2394/2395/2396/2397/2398/2399/2400/2401/2402/2403/2404/2405/2406/2407/2408/2409/2410/2411/2412/2413/2414/2415/2416/2417/2418/2419/2420/2421/2422/2423/2424/2425/2426/2427/2428/2429/2430/2431/2432/2433/2434/2435/2436/2437/2438/2439/2440/2441/2442/2443/2444/2445/2446/2447/2448/2449/2450/2451/2452/2453/24

- (X) HEMOGRAMA
- (X) TP / AE - INR
- (X) GLUCEMIA DE JEJUM
- (X) UREIA
- (X) CREATININA

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

25/06/2019

Em: 25/06/2019 - 19:06

AVALIAÇÃO (D<sup>r</sup> MARCELO CORRÊA DE ARAÚJO LARRAZABAL CRM 17874)

SOLICITO

ECG + PARECER CARDIOLÓGICO (PRÉ OPERATÓRIO)

Em: 25/06/2019 - 14:59

AVALIAÇÃO (D<sup>r</sup> MARCELO CORRÊA DE ARAÚJO LARRAZABAL CRM 17874)

Queixa do paciente:

PACIENTE REFERE DOR E INSTABILIDADE EM JOELHO ESQUERDO

REFERE TRAUMA TORCIONAL

Exame físico:

LACHMAN ++/3+

CAVITA++/3+

PIVOT ++

RNM: LESÃO DE LCA E MENISCAL MEDIAL

TOMO: FRATURA DO SUPERO LATERAL DA PATELA (NSGA DEFORMIDADE PREVIA) PATELA BIPARTIDA???

PRE-OP: OK

Hipótese diagnóstica:

LESÃO LCA E MENISCAL EM JOELHO ESQUERDO

Prescrição/Conduta:

Horário/Chetagem

01 -	LISTA DE CIRURGIA (NEIDE)	
02 -		
03 -		
04 -		

Página 2 de 3

Hospital (M)  
 Rua  
 Serviço de Atendimento  
 Fone: (81) 34.13.4613  
 R. Celso Campello, 300 - P. 1

8463-8370

COBANZA:



Atendimento:	120553	Entrada:	06/08/2018 Hora: 13:30	Recepcionista:	ADRIANA VIEIRA
Paciente:	3005 - REVISÃO			Matrícula:	
Responsável:				Identidade:	
Médico Reap:	MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL			C.N.S.:	50903480642781
Paciente:	1622871	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA		Sexo:	MASCULINO
Nascimento:	24/10/1991	(27 Anos e 6 Meses)		Estado Civil:	DIVORCIADO
Endereço:		RUA FREDRANO ARAUJO		C.P.F.:	06452352482
Bairro:		ALBERTO MORA C.E.P. 54771-500		Identidade:	7234427 - SDS - PE
Cidade:		2603454 CAMARAGIBE		Telefone:	84636370 / 997347265
País:		VALDEMIR DE SOUZA		G. Instrução:	2º GRAU - COMPLETO
Mãe:		FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO		Ocupação:	PROMOTOR DE VENDAS
Nacionalidade:		BRASIL		Naturalidade:	RECIFE

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 06/08/2018 13:30

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL CRM 17874)

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:  
Cirurgião: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL - CRM 17874  
Ass.:

Anestesiologista: DRA. DIANA  
Instrumental: MARCOS E ALDAR

Diagnóstico Pré-Operatório:  
LESÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + LESÃO MENISCAL JOELHO ESQUERDO

Cirurgia Realizada:  
1. RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR; 2. CONDROPLASTIA; 3. TRANSPOSIÇÃO TENDINOSA;  
4. MENISCECTOMIA; 5. SINOVECTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório:  
Cirurgia

Acidentes:  
Não houve

Descrição:  
PACIENTE DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA  
ASSÉPTICA E ANTISSÉPTICA CRITERIOSA  
APRÓSIO CAMPOS CIRÚRGICOS  
POSICIONAMENTO ANTERIOR DE PERNA  
RETIRADA DE INSERTO LIGAMENTAR SEXTENDIMENTO E GRACILIS  
INSERÇÃO PORTAIS ARTROSCÓPICOS PARA JOELHO E INFUSÃO DE SORO FISIOLÓGICO  
VERIFICAÇÃO COMPARTIMENTOS JOELHO  
MENISCECTOMIA PARCIAL MENISCO MEDIAL  
SINOVECTOMIA COM LAMINA DE SHAPER  
VERIFICAÇÃO LESÃO LCA  
POSICIONAMENTO LATERAL SORA  
FACILITAÇÃO DO GLETO E PERFURAÇÃO TUNEL  
PASSAGEM DO GLETO E PERFURAÇÃO TUNEL



TRANSPOSIÇÃO LIGAMENTAR COM PASSAGEM EXTERTO PELOS TÚNELS  
FIXAÇÃO DISTAL E FIXAÇÃO PROXIMAL COM PASSAPISO INTERFERÊNCIA N° 2  
CONTIÉM POR PLANCH  
CURATIVO OCCLUSIVO  
RETRATADA PE GARROTE, SENDO OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO

**Materiais**

FAIXAS DE SPRAYER - 02 UNIDADES

ALGODÃO MACIO - 01 UNIDADE

PASSAPISO INTERFERÊNCIA - 02 UNIDADES

Hospital Militar  
S.A. 100  
Serviço de Assistência Cirúrgica e Ortopédica  
Fone: (011) 3030-8110  
Av. C. C. Campos, 100

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
PATRÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA**

DOC. IDENTIDADE / DRG. EMISSOR / UF  
**0203900101 MT PE**

CNPJ  
**084.523.524-92**

DATA NASCIMENTO  
**31/10/1992**

FILIAÇÃO  
**VALDEMIN DE SOUZA**  
**FERNANDA LUCIA SOARES**  
**SOBRINHO**

PERMISSÃO  
**---**

CCD  
**---**

CAC HAA  
**---**

Nº REGISTRO  
**05499060702**

VALIDADE  
**07/02/2022**

1ª EMISSÃO  
**24/05/2012**

OBSERVAÇÕES  
**A**

*Felipe Cesar Soares de Souza*

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
**RECIFE - PE**

DATA EMISSÃO  
**07/02/2017**

*[Assinatura]*  
**Felipe Cesar Soares de Souza**  
Diretor Presidente

0401344540  
PE077269234

**PERNAMBUCO**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1421224449**

PROIBIDA PLASTICAÇÃO  
**1421224449**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

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



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DA JUSTICA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO**

**FELIPE CERAS SOARES DE SOUZA**

**DOC. IDENTIDADE / CDS. EMISSOR / UF**  
**0203900101 MT PE**

**CPF**  
**084.523.524-92**

**DATA NASCIMENTO**  
**31/10/1991**

**PAIS DO**  
**VALDEMIR DE SOUZA**

**FERNANDA LUCIA SOARES**  
**SOBRIQUO**

**FORMACAO**  
**ACC**  
**CR. HAB.**  
**AB**

**N. REGISTRO**  
**05499080702**

**VALIDADE**  
**07/02/2022**

**HABILITACAO**  
**24/05/2013**

**OBSERVAÇÕES**  
**A**

*Dep. João Carlos de Souza*  
**SIGNATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
**RECIFE - PE**

**DATA EMISSAO**  
**07/02/2017**

*Dr. Carlos Antonio Soares Ribeiro*  
**SIGNATURA DO EMISOR**

**0001384E540**  
**9877289234**

**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1421224449

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1421224449

05.802.494/0001-41  
 TRACAO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
 TRACAO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 22711484V22019

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EXTERIORES

ALCIONE GOMES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.633.938

28/05/2011

ALCIONE GOMES DA SILVA >>

ANNOBIO BATISTA DA SILVA >>

VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

RECIFE - PE

0030290 72 OLINDA PE

18/10/1979

028.466.664-58

003088345-8

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

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

**ESTADO DE PERNAMBUCO**

**FELIPE CECIL ROBERT DE SOUSA**

**RG: 0537900101 MT PR**

**CPF: 094.923.924-93** **DATA NASCIMENTO: 31/10/1992**

**VALERIA DE SOUSA**

**FRANCA LUCIA ROBERT**

**RG: 0549908702** **CPF: 07/02/2002** **DATA NASCIMENTO: 24/05/2012**

**RECIFE - PE** **07/02/2017**

**PERNAMBUCO**

05.802.494/0001-41  
 TRACAO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 27 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41  
 TRACAO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

13 MAR 2019  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE





Number of patients = 177/200/05

CNPJ 09.248.608/0001-04

DEPT. OF THE ARMY, WASHINGTON, D. C.

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



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





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190319575

**Nome do(a) Examinado(a):** FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Floriano Araújo, 322 - Camaragibe/PE -  
CEP 54771-500

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 7234427 - sds pe - 15/08/2011

**Data e Local do Acidente :** 29/10/2018 - Camaragibe/PE

**Data e Local do Exame :** 23/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON  
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no  
acidente relatado e comprovado.**

fratura exposta de 2 e 3 QDE, ferimento em joelho esquerdo

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da  
alta.**

Tratado cirurgicamente com fio K nos dedos, sutura do ferimento do joelho,  
evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 2 meses.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao  
diagnóstico relatado.**

vítima com consolidação viciosa das fraturas deformidade em 2 QDE, rotação  
externa do 3 QDE, limitação na flexão (45 graus no 2 QDE e 30 graus no 3  
QDE), com déficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presenç de  
cicatriz de sutura em joelho esquerdo, com mobilidade e força preservados.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais  
permanentes) resultantes do acidente:**

limitação grave de 2 e 3 QDEs, com consolidação viciosa, deformidade.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

2 dedo da mão esquerda

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

3 dedo da mão esquerda

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**





---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE