

**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 deficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presença 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 ás 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 CONCLUO 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 CONCLUO 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

Valorização 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 sequelas

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

Valorização 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 ANALISE 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 ESCALARRECER 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 CESAR SOARES DE SOUZA, brasileiro (a), estado civil: Divorciado, profissão: Plumbeiro, portador(a) do RG nº: 17321477, órgão expedidor: SDS, inscrito (a) no CPF sob o nº: 082152352487, residente na RUA FLORIANO ALBUQUERQUE, cidade: CAMARAGIBE, Estado: PE, CEP: 54771-500, telefone: 38463837 / 3394519861, 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 5.6339381; 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.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEVEREIRO

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

Felipe com seara de Sago

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CABARALHÉ-PE
Av. Joaquim Carneiro, 1195 - CEP 50710-202 - Telefones: (81) 3261-1111 / (81) 3261-1112

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade da:
FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Carteira nº 13/12/2018 - 10.51.446 mol. R\$ 3,95
+ TSNR 50 Total R\$ 4,79
Consulta: certidao.tcepe.tce.br/certidao.html
Selo: 0076485 X7R12201801.04337
CERTIDÃO DE AUTENTICO DA CUNHA SILVA ESCRIVENTE

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA, brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: piloto(a), portador(a) do RG nº: 7.232.427, órgão expedidor: SDS, inscrito (a) no CPF sob o nº: 082.523.524-82, residente na SILVA FLORIANA 11916, cidade: LAMARAGIBI, Estado: PE, CEP: 54777-500, telefone: 38463837 / 5594519861, email: FELIPE.SOUZA31@Hotmail.com.

OOUTORGADOS: **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 5.6339381; 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 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019



Felipe como servir ab sogra

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO EVA TENORIO - CAMARAJIBE/PE
Av. Presidente Dutra, 1790 - CEP: 50.065-010 - Cidade: PE - CEP: 50.065-010
Fone: (81) 3425-1100 - Fax: (81) 3425-1100
E-mail: ccamarajibe@bol.com.br

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

Camaraçibe, 13/12/2018 - 10:51:44emol. 86 2.39
+ TSNB0,00 Total R\$ 4,79
Consulte em tjpe.jus.br - caixadigital
Sel: D076489.XZB13201801044332
ADRIELV GREGORY 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2018

Titular do CPF: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0104425/19

Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

CPF: 084.523.524-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2018

Titular do CPF: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064162/19

Vítima: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

CPF: 084.523.524-92

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2018

Titular do CPF: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Caroliny 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/10/2018

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ALCIONE GOMES DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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. 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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:

Nome completo da vítima:

084.523.524-92 FERNANDES SOARES DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FERNANDES SOARES DE SOUZA

CPF:

084.523.524-92

Profissão:

PROMOTOR

Endereço:

RUA FERDINANDO ARROJO

Número:

322

Bairro:

ALBERTO MAIA

Cidade:

CAMARAGIBE

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

54.771.500

Tel. (DDD):

(82) 9.8468-7531

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 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 - ASSINE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Semente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (selecionar os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3017

03

CONTA:

00072129

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso de 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

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

O IMI 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 cônjugue(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiros (viventes): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provissem 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 290 do Código Penal.



Local e Data: **OLINDA, 13/02/2018**

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DESEGUROS LTD

2º | Nome: _____

CPF: _____

21.FEV.2019
RUA DA AURORA, N° 175, S. 902 BL C
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 RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

084.523.524-92 FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

CPF:

084.523.524-92

Profissão:

PROMOTOR

Endereço:

Rua Francisco Aranjo

Número:

322

Complemento:

Bairro:

ALBERTO MAIA

Cidade:

CAMARAGIBE

Estado:

PE

CEP:

54.771.500

Tel.(DDO):

(81) 9 8488-7331

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3027

03

CONTA: 00072529 0

(Inserir os dígitos se existir)

(Inserir os dígitos se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir os dígitos se existir)

(Inserir os dígitos se existir)

(Inserir os dígitos 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 automaticamente 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 invalides permanentes, uma vez que (assinalar uma das opções):

 05.802.494/0001-11
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 27 MAR 2019

 Não há IML que atende 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

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, conforme na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de indenização por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 26, §1º, declaranto 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) 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:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou herdeiro (não nascido)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

 INVALIDEZ PERMANENTE
 MORTE
 TESTEMUNHAS

Local e Data: 01/01/13 de DEZEMBRO, 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ºCIRC
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 PÚBLICA**

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

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**

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: **ABILSON JUNIOR BARROS MAIA** - Matrícula: **152411-9**
ABILSON JUNIOR BARROS MAIA
Matrícula: 152411-9



05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2010

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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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** Mão: **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**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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 caxangá
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, S/C 907 b
 Boa Vista - CEP: 50.170-000
 REC/PE

05.802.198/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 22 MAR 2019
 Rua da Aurora, nº 175, S/C 907 b
 Boa Vista - CEP: 50.170-000
 REC/PE



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 N°. 18E0127007198

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA 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**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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** Mês: **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**

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

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

13 MAR 2019

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** Categoría/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: Não Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Placa: **FEH3425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910BR203941**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

21 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

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

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGIACIA 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 non tem de su...
FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
 (VITIMA)

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



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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	084.523.524-92	FERNANDEZ COELHO SOARES DE SOUZA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012			
Nome completo:	FERNANDEZ COELHO SOARES DE SOUZA		CPF: 084.523.524-92
Profissão: PROMOTOR	Endereço: RUA Floriano ARROJO	Número: 322	Complemento:
Bairro: ALBERTO MAIA	Cidade: CAMARAGIBE	Estado: PE	CEP: 54.771.500
E-mail:	Tel.(DDD): (81) 9.8488-7333		

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

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 033 CONTA: 00072529 0
 (selecionar 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 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 invalidade permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

- Não há IML que atende 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordar 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(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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, 01/01/13, Ribeirão Preto, SP, 2018
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: 05.802.494/0001-11
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

2º | Nome: _____ 21/FEV/2019
 CPF: _____
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 502 Bl. 1
 São Paulo CEP 01100-010
 RECIFE-PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

084.523.524-92 FERNANDO SOARES DE SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FERNANDO SOARES DE SOUZA

CPF:

084.523.524-92

Profissão:

PROMOTOR

Endereço:

Rua Frei Caneca 01100

Número:

322

Complemento:

Bairro:

ALBERTO MAIA

Cidade:

CAMARAGIBE

Estado:

RE

CEP:

54.771.500

Tel.(DDD)

(83) 9.8488-7533

E-mail:

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para um banco 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: **3027 03** CONTA: **000723129 0**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 regulamentação da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

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 da pedida.

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 Lider para verificação da existência de incapacidade permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia consentimento 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devita, 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **BLINDI, 13 DE DEZEMBRO, 2018**
Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina o RG

Ronaldo Soares de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ronaldo Soares de Souza

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEB 2019

Nome: _____
CPF: _____

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Nome: _____
CPF: _____

Rua da Aurora, nº 120, CEP 50.000-000
Rua 22 de Setembro, nº 100, CEP 50.000-000

803 Vista Alegre, CEP 50.000-000

RECIFE - PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, 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**

C E R T I D Ã O

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
TRACÃO 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

C E R T I D Ã O

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

098.02.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 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



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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 conferida através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001663

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
71 MAR 2019
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. Juilo de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 06.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRACAO 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
71 MAR 2019
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
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: 00000072129-0

Nr. da Autenticação 24AD153E4F7FC847

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ C. MARCO, 111 BOA VISTA.
RECIFE-PERNAMBUCO
CEP: 50020-922
CNPJ: 15.851.354/0001-08
INSERÇÃO ESTADUAL 200894-33



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.632 de 26/04/02
COMERCIAL R\$0,000000 PROFISSIONAL SEMI INDUSTRIAL
monotributo ao debitante auditivo ou de Tel: 0800 221 0242
Olinda 0800 352 1555
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 121 0241-
Ligação Grátis da Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Grátis de Telefones fixos e cartões
na internet para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE OZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018	CONTA CONTRATO 0676751025
ENDEREÇO AV PROF ADONIRON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -53230-010 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/12/2018	NÚMERO DA NOTA FISCAL 042793037

PERÍODO CONSUMO 21/11/2018 a 21/12/2018	CONSUMO 130
--	----------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 1.000,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,14

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Detalhes da conta	CONTA CONTRATO 0676751025	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	VENCIMENTO 31/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evita dobrar e perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.
-------------------	------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE SANTOS 311, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50020-100
CNPJ: 15.623.830/0001-28
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 00000000-99



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.418, de 25/06/02
COMMERCIAL 0000-BE0020 PROIBIÇÃO 0000-BE0020
Ajustamento ao desfalcado autorizado ou de fato: 0000-BE0020-0140
Outorga: 0000-BE0020-0096
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE, 0000-122-0027-
Línea: 0800-722-0027
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, 007-
Línea: 0800-722-0027 e telefone: 0000-9999
não cobra para telefones celulares

BÁSICOS DO CLIENTE GZIEL MARIANO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/12/2018	COTA CONTRATO 0676751025
ENDEREÇO AV PROF AGAMERON MAGALHÃES 473 -VILA POPULAR/OLINDA -50730-010 OLINDA PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	DATA DA APRESENTAÇÃO 31/12/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Manufatura SL
PERÍODO CONSUMO 21/11/2018 a 21/12/2018	CONSUMO 130	NÚMERO DA NOTA FISCAL 043795037	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,18

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Deslize aqui

COTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VERENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
0676751025	12/2018	R\$ 106,42	02/01/2019	Evite dobrar e perfurar ou raspar. Este cartão será usado em leitura ótica.
8381000000019 064200110000 676751025109 137262300030				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

CEMIG MARCAZÉLIA DE FERNANDES
Av. Décio Vilela, 100 - Bairro Centro
CEP: 56225-400
CNPJ: 00.222.140/0001-74
PIS/Cofins: 00000000000000000000



www.celpe.com.br

Celpe Sistech de Energia Elétrica - CEP 56200-000
CEMIG MARCAZÉLIA DE FERNANDES
Endereço: Av. Décio Vilela, 100 - Centro
Cidade: Belo Horizonte - MG - CEP: 56225-400
Número: 1374712701
Número de Pedido de Serviço: 1374712701
Número de Fone: 031 3222-0200
Número Telefônico da Enegia Elétrica: 031 3222-0200
Número Telefônico da Celpe: 031 3222-0200

NOME DO CLIENTE: MARCIANO DA SELVA

DATAS DE VENCIMENTO 02/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/12/2018	DATAS DE PRESENTAÇÃO 13/12/2018	CONTAS CONTRATO 0676751925
--	--	------------------------------------	--------------------------------------

RESIDUAL Av. Décio Vilela, 100 - Centro Belo Horizonte - MG - CEP: 56225-400 Cidade: BH
--

PERÍODO CORRIDO 01/11/2018 à 30/12/2018	CONTRATO 13
--	----------------

VALOR: BASE DE CÁLCULO R\$ 1.00. Alíquota 23,00 sobre o Imposto N° 24.18

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

CONTAS CONTRATO 0676751925	MÊS/ANO 12/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 106,42	VENCIMENTO 13/01/2019	TABUÃO PAGAMENTO EVITE ENVIAR e preferir um cartão. Este cartão é usado em área sólida.
-------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

0676751925 - 000000000000 - 000000000000 - 1374712701 - 13742384433



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAI 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 MAI 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

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

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 N° 084.523.524 / 92,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Felipe Cesar Soares de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o N° 084.523.524 / 92, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: RECUSA - md Renda: RECUSA - md 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. ABALENOM MAGALHÃES</u>		Número:	<u>423</u>	Complemento:
Bairro:	<u>VILA POPULAR</u>	Cidade:	<u>OLINDA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>(81) 9.8488-7131</u>

Local e Data: Olinda, 32 de Janeiro de 2019

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 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 Onguarda: 0800 021.91.35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSSEGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº3.633/98.

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 N° 084-523.524 / 92,

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

inscrito (a) no CPF sob o N° 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. ABAMÉNOM MAGALHÃES</u>	Número:	<u>473</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>(81) 9.8488-7171</u>

Local e Data: OLINDA, 32 DE JANEIRO DE 2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 MAR 2019
RECIF-PE

Assinatura do Declarante
05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, 14175, 5º andar BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Sua vida é documentada, já que o site www.seguradoraslider.com.br ou aplicativo móvel é um documento digital.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenização e prazos), de segunda a sexta-feira, das 10h às 20h:

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1296 / Outras regiões: 0800-022-13-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-21-99 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-072-52-00 | Central de Atendimento: 0800-421-95-25

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desse Formulário é parte integrante do processo de homologação de seguro, conforme estabelecido à Circular Susep 445/12, intitulada de "Enunciado Metodologia".

http://www2.susep.gov.br/WEB/DTI_CAWEB/DOCOMETRICAL.ASPX?TIPO=L&CODIGO=27616

A Circular Susep 445/12, que trouxe à preventiva a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todos os Seguradores são obrigados a constatar cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Tais cadastros devem conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e sua fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

É necessária fornecer as informações de profissão e renda, nessa formulário, não impedindo o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, conforme previsto na Circular de referência Circular, este mesmo é passível de sanção pelo COAF.

INSTITUIÇÃO DE SEGUROS PAGANDO – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DA SEGURANÇA, PREVIDÊNCIA, PRIVADA, CAPITALIZADA E INVESTIMENTO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERAGENTE NA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM PODE PUNIR DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS INCORRIGIBILIDADES INSTITUTIVAS DE ATIVIDADES FINANCEIRAS NA LEI FEDERAL 13.359/16.

Pelo respeito, eu ALCIONE GOMES DA SILVA

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

FONTE CESAR SOARES DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o N° 084-527-524-92

do contrato de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima FONTE CESAR SOARES DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o N° 084-523-524-92, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Douto Profissão: RECUSA - m6 Renda: RECUSA - m6 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro sobris, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, resido no endereço abaixo, constantes e anexo, de trinta e quatro (34) dias 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. ALAIN NOM MAGALHÃES</u>	Número:	<u>473</u>	Complemento:
Bairro:	<u>VILA PERDURAR</u>	Cidade:	<u>RECIFE</u>	CEP:
E-mail:	<u>lulinha</u>			Tel. (81) 3230-0200 <u>18199.8488-7171</u>

Local e Data: BLUMAR, 33 01 JANEIRO 16 2019

Alcione Gomes da Silva

Assinatura do REC/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RECIFE/PE
13 MAI 2019
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:	

Periodo: 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 FEV 2019
Rua da Aurora, N° 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



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
388675-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	27a 0m	31/10/1991	Prontuário:	00388676
Sexo:	Contatos:		Nº Atendimento:	01229113
MASCULINO	-	/ 81-984638370	Serviço:	CLINICA MEDICA
Mãe:	Endereço:		Médico:	FERNANDO CANTARELLI CRM: Nº 8384
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432			

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

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

EXAME FÍSICO:

ECG=15 EUPNIEICO
CORACAO=NDN
PULMÕES=NDN
ABDOMÉ=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 FFV 2010
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coor. Médica
CRM 11727



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Nome: 388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA Idade: 27a 0m 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



Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Mário de Melo Almeida

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE QUE APRESENTOU ACIDENTE MOTOCICLISTICO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS E RELATO DE PERDA DE CONCIENCIA NO LOCAL RELATADO DE 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 SERÁ MEDICADO E RADIGRAFADO 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
Dr. Audrey Vasconcelos
Cobr. Médico
CRM: 11375



Name:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	27a 0m	31/10/1991	Prontuário:	00388676
Sexo: MASCULINO	Contatos:	/ 81-984638370	Nº Atendimento:	01229208
Mile:	Endereço:	FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432		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
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 Vasconcelo
Coord. Médica
CRM: 17411

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#13 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: 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, 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:	

Periodo: 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 LEÔE 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
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:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	26a 11m	31/10/1991	Prontuário:	00388676
Sexo: MASCULINO	Contatos:	/ 81-984638370	Nº Atendimento:	01229113
Mãe:	Endereço:	Serviço: CLINICA MEDICA		
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432	Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186		

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

MEDICAMENTO: CEFALOTINA

Posologia: 01 GRAMA **Previsão de duração:** DOSE UNICA **Via:** INTRAVENOSO

Frenquênciá: 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 César Pereira de Sá Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186 / FETOT: 15945

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 Di Nasc: 31/10/1991 (28a 11m 29d)

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Paciente: 388876 - 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

Int. int.: Letra: Cobertura:

Licença: Cidade:

Unidade:

Protocolo:

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 URGÊNCIA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 SUTURA + CURATIVO DE: AGORA	1				1 X DIA	

UPA 24h - UPA CARANGÁ 24h
SUTURA REALIZADA
Data: 29/10/2018
Ass: [Signature]

Avraham Ferreira
SBOT 13098/SBCOG
CRM 17411
AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM 17411

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
71 FFV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Elpe
Catarina Jacques Tonza

necessita de 15
Levante, dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: 562

HGV
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2010

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carliomano Maciel
Ortopedia
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 nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n – Centro
Recife/PE – CEP 50.620-000
Fone: 81 31845800
HGV.1017 V.1.2013

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEV 2010

Rua da Aurora, N° 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
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: 466090 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 2018-11-19 09:41:55



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Name:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	27a 0m	31/10/1991	29/10/2018
Sexo:	Contatos:		Prontuário:
MASCULINO	/ 81-984638370		00388676
Mãe:	Endereço:		Nº Atendimento:
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432		01229113
			Serviço: CLINICA MEDICA
			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 CONSCIENCIA. NAO TEM CERTEZA.
APRESENTA TRAUMA NA MAO, JOELHO E TORNOLÓ ESQUERDOS.

EXAME FÍSICO:

ECG=15 EUPNIEICO
CORACAO=NDN
PULMÕES=NDN
ABDOMÉ=NDN
FERIDAS NA MAO ESQUERDA; ATADURA NO JOELHO E TORNOZELO ESQUERDOS.
REFERE DOR NO OMBRO DIREITO.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Amizade, nº 175, sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.160-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO:

ACIDENTE DE MOTO.
POLITRAUMATISMO.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
31 FEB 2019
RUA RIBEIRO PESSOA, Nº 175, SL. 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.160-010
RECIFE-PE

UPA24h
UPA CAXANGÁ 24 h
Dr. Audrey Vasconcelos
Coord. Médica
CRM 11747



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	27a 0m	31/10/1991	29/10/2018
Sexo: MASCULINO	Contatos:		Prontuário: 00388676
-	/ 81-984638370		Nº Atendimento: 01229113
Mãe:	Endereço:	Serviço: CLINICA MEDICA	
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432	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. RELATOU 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 EM 2/3 QDD, COTOVELO, JOELHO E EM PE ESQUERDO

PACINET SERÁ MEDICADO E RADIOGRAFADO PARA NOVA AVALIAÇÃO

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41
TRABALHO 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 24h
Dir. Audrey Verdonce
Corpo. Medicina
CHAMADA 1177



Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	27a 0m	31/10/1991	Prontuário:	00388676
Sexo: MASCULINO	Contatos:	/ 81-984638370	Nº Atendimento:	01229208
Mãe:	Endereço:	FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	Serviço:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
		RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432	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
21 FEV 2019
21 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista, CEP: 50.060-010
Boa Vista, CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2019

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

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24h
Dr. Augusto Vasconcelos
Coord. Médico
CRM

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 GALVÃO BARBOSA

DATA DE ATENDIMENTO: 29/10/2018 03:38:19 ATENDIMENTO: 1229113 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 GALVÃO BARBOSA

CRM-26099

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:	

Periodo: 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 LEÔE 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
TRACAO 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 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:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
388676-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	26a 11m	31/10/1991	Prontuário:	00388676
Sexo: MASCULINO	Contatos:	/ 81-984638370	Nº Atendimento:	01229113
Mãe:	Endereço:	Serviço: CLINICA MEDICA		
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DOM BASILIO , 802 - SANTANA - CAMARAGIBE/ PE - CEP: 54777432	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 de uso do Antimicrobiano: Profilático

Observações Gerais:

VARIAS LESOS CORTANTE EM MIE E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO

Airton César Pereira de Sá Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186 / FEDT: 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 BLC
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 BLC
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. Corporea:
Internação: 29/10/2016 03:38 0 Dias(s) int
Médico: FERNANDO ANIBAL FIALHO CANTARELLI Serviço: CLINICA MEDICA
Nível Int: Leito: Cobertura:
Género: Gênero: /
Intervenções:
Protocolo:
Classificação de Risco:PII
ESTADADOR 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 Cria: AGORA	1				1 X DIA	

UPA 24h - UPA CAIXANGÁ 24h
SUTURA REALIZADA
Data: 29/10/2016
Ass: [Signature]

Avraham Ferreira
SBOT 13090/SBCOC
CRM 17411
AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM 17411

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
9/11/2016
RUA PERNAMBUCANO, Nº 175, SL 902 BL C
RECIFE-PE
CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
9/11/2016
RUA PERNAMBUCANO, Nº 175, SL 902 BL C
RECIFE-PE
CEP: 50.060-010

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)

Leila
Cetan foram longa

necessita de 15
cinco dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.

CID: 562

HGV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2010

LOCALIDADE E DATA

Dr. Carliomano Maciel
Ortopedia
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 nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Avenida General San Martin s/n – Cidade
Recife/PE – CEP 50.630-000
fone: (81) 31848600
HGV.1017.V.1.2013

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

91 FEVEREIRO

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 - Atendimentos 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 Eletrivo - Reg. Geral N°. 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 CALCANÉO 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: EGRESÃO MOTU X CARRO.

DATA: 5.2.2019

HORA: 10:01:31

PASTA: 01.02.2019

TB

RS

Dr. Tadeu Buru
Medicina
CRM 10187 / Recife / PE

Dr. Tadeu Buru.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, 475, 51.802-010

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE/PE



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



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NOTE:

Nº DO REGISTRO:

BETCR

DATA DE ADMISSÃO:

**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
 - PREJIZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA
 - DEFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINuíDA
 - HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
 - ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGlicEMIA)
 - OBESIDADE MORBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPóREA
 - SEDACÃO/ANESTESIA
 - MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOso CENTRAL
 - URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
 - HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
 - PACIENTE CIRúRGICO

PACIENTE CIRÚRGICO
Caso o paciente apresente um ou mais fatores de risco, colocar pulseira roxa no
MSD.

ALOCADO P/ MESA ROXA

HAO SE APLICA

ENTREGA DO FOLHETO DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/JA COMPANHANTE

811
NAC

ARENATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

- Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de acompanhamento da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
 - Manter a cama na posição baixa, com rolos travesseiros e grades de proteção elevadas;
 - Orientar a não trancar portas;
 - Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
 - Manter a área de circulação livre de móveis e utensílios;
 - Auxiliar na desambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
 - Estimular o uso de acessórios de apoio;
 - Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentear-se;
 - Manter iluminação adequada durante a noite;
 - Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
 - Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
 - Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
 - Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
 - Intensificar a atenção a pacientes que estejam em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-histamínico, anti-parkinsoniano.

WWW.MIRACOREN

DE-802-494/0001-41

TRACAO CONSTITUTIVA

DE SEGUROS LTDA

卷之三

Autodesk Inventor Pro 2007 64-bit
Windows - 64 bit - POLAND-PLN
Peso: 2.64 GB - 128 MB

27 MAR 2019

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

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

MANCHESTER V2

Nome Paciente: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 26
Senha: E0034
Convênio:
Atendimento:
SAME:

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

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

AMARELO - ALARME

AMARELO

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO E MÃO ESQUERDA APOS COLISÃO MOTO X CARRO.

HAS-

DM-

ALERGIA NEGA

UPA

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

- FRATURA EXPOSTA

Observação:

Fluxograma sintoma:

Examinador(es):

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 6

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

Assinado(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:
Data Impr.: 29/10/2018 19:48



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE
Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: FELIPE CESAR GOARES DE SOUZA PRONTUÁRIO: 1101980

Data da operação: 30/06/18

Operador: DR. MÚCIO ERONCIO

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO

Anestesiista: DRA. LOUISE 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 CALCANEU 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 raquitomescia;
- 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% + sutura 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 lacerado em joelho com importante contaminação
- 8) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados
- 9) Observado ferimento em calcaneo e em face medial do halux esquerdo.
- 10) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,9% + desbridamento de tecidos desvitalizados
- 11) Curativo Estéril
- 12) Imobilização com tala joelheira.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

7.7 MAR 2019

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



SUMÁRIO DE ALTA

NAME:	02 (DUAS) 1983		
NAME DA MÃE:	CARTÃO SUS		
CÍNICA	ENFERMAGEM	LEITO:	Nº DO REGISTRO:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: 162 cm SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
MOTIVO DA ADMISSÃO/ DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Hemorragia exposta na artéria 3000 / Hemorragia pelo</i>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO/ EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERMELHO)			
DATA DA INTERNAÇÃO: 09.03.18		DATA DA ALTA: 09.04.18	DIA DE INTERNAÇÃO: 04
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 04.13.01.00		04.13.01.00	CARIMBO/ REVISOR/FATURAMENTO
CDP.	ESCAPE	NAME DO PROFISSIONAL: M. G.	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO		
2	AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESESTA		
5	CLÍNICO		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> USO DE ORTESE E PRÓTESE			
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> HEMODIALESE <input type="checkbox"/> UNDINETATOPLAS E COAGULADAS <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENO			
RESUMO DO CASO: LER/RA/LEGVIS ADMADORES CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS QUÍMICOS, DOSES E TERAPEUTICOS REALIZADOS <i>Plano de alta da artéria 3000 - nôtox Carve 100 mg dia 01/04/18</i>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS/ REFERENCIAIS			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDICIONES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
ORIENTAÇÃO QUANTO AO ACOMPANHAMENTO E DATA DE RETORNOS/DESEMBARQUE:			
<i>Retorno / Consulta / Anfiteatro / Mais de 1 mês</i>			
OBSERVAÇÃO: Enviar as Faturamentas para todos os devedores diretamente para o CNP do paciente			
01 " 2018		05.802.494/0001-01 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
DATA		27 MAR 2018	
<small>Av. Presidente Tancredo Neves, 29 - Centro Belo Horizonte - MG - 30130-010 BRAZIL CNPJ: 05.802.494/0001-01 RG: 00000000000000000000 Fone: (31) 3225-1010 Site: www.traction.com.br</small>			
<small>Assinatura: <i>(Assinatura)</i> Carmen Meirelles Carmen Meirelles Traction Corretora de Seguros Ltda 05.802.494/0001-01 RG: 00000000000000000000 CNPJ: 05.802.494/0001-01 Av. Presidente Tancredo Neves, 29 - Centro Belo Horizonte - MG - 30130-010 BRAZIL Site: www.traction.com.br</small>			

ATENDIMENTO-647005

Prontuário: 1101950

Nome: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA

Data Nasc.: 31/10/1991 Idade: 25 Sexo:

CPF: 05452352482 RG: 0203980101

Endereço: RUA DOM BASÍLIO

Bairro: JOÃO PAULO II

CEP: 54777040

Fone: 83424956

Nome da Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO

Acompanhante: IDNÉS FLÁVIA (ESPOSA)

Nome do Coruja:

Local de Procedência: URGÊNCIA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: NSENHA - 854726 - PACIENTE QUEVA-SE DE TRAUMA EM MÃO E JOELHO ESQUERDO APÓS COLISÃO

Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não

Colisão: Sim Não

Atropelamento: Sim Não

Vítima de Furtamento: Sim Não

Quimadura: Sim Não

Condições da Imobilização adequadas: Sim Não

Observações:

ATENDIMENTO-647005

Prontuário: 1101950

Sexo: MASCULINO Cor:

CMS: 055003460842781

Nº: 802

Estado: PE

Profissão:

Cidade: CAMARAGIBE

Bairro: CAMARAGIBE

CEP: 54777040

Fone: 83424956

Nome da Mãe: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO

Acompanhante: IDNÉS FLÁVIA (ESPOSA)

Nome do Coruja:

Local de Procedência: URGÊNCIA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: NSENHA - 854726 - PACIENTE QUEVA-SE DE TRAUMA EM MÃO E JOELHO ESQUERDO APÓS COLISÃO

Acidente de Trabalho: Sim Não

Acidente de Trânsito: Sim Não

Colisão: Sim Não

Atropelamento: Sim Não

Vítima de Furtamento: Sim Não

Quimadura: Sim Não

Condições da Imobilização adequadas: Sim Não

Observações:

Paciente caiu de moto e bateu

no joelho e na mão

Por que:

</div



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 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 fibrocicatríciais, secundárias a lesão prévia nesta região.

Formação levemente arredondada, apresentando isossinal em relação às 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 lesão prévia? Há leve edema medular ósseo nesta topografia.

Pequena quantidade de líquido intra-articular e na bursa suprapatelar. A sinovia 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 anquilose 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 8 de Setembro, nº 300 - 5º andar - Recife/PE
CEP: 50.011-070 | Telef: (81) 3481-1221

Serviço de Imagens Radiográficas do Recife
www.sirdiagnosticos.com.br



卷之三

Afilamento da cartilagem hialina que reveste o compartimento lateral do joelho. Não evidenciamos erosião desse associoada.
Discreto edema medular ósseo no compartimento lateral do joelho, de provável origem mecânica.
Osteófitos incipientes na patela, trócleas, cóndilos femorais e nos platôs tibiais.

Retináculo patelar medial preservado

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

Tendinopatia de tendão do membro superior

Perpendiente aserrada

Lâmina líquida na purga do estomônio / semilmembranosa

Grupamentos musculares formados

10

Dra. Kátia Penha CRM PE-09535

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 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 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:	
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 2018
Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Bela Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 MAR 2018
Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Bela Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

035.802.4884/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 MAR 2018
Rua da Aurora, nº 175, 9º andar
Bela 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:	Idade:	Nascimento:	Data de Atendimento:	29/10/2018
209676 - FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA	278 dm	31/10/1991	Pontuação:	00388676
Sexo:	Contato:		Nº Atendimento:	01229113
MASCULINO	/ 81-984636376		Serviço:	CLÍNICA MÉDICA
Endereço:		Médico: FERNANDO CANTARELLI CRM: Nº 8354		
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO		RUA DOM BASÍLIO , 802 - SANTANA - CAMARAGibe/ PE - CEP: 54777432		

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

TRAZIDO POR BOMBEIROS
POIS VOLTA DAS 2:30 SOFREU Queda de moto, Trapegava com capacete.
POSSIVEL PERDA DA CONSCIÊNCIA. NAO TEM CERTEZA.
APRESENTA TRAUMA NA MAO, JOELHO E TORNOLÓ ESQUERDOS.

EXAME FÍSICO:

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

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BL.C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DIAGNÓSTICO:

ACIDENTE DE MOTO.
POLIRUAUTISMO.

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
27 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BL.C
Bela 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, 5º andar BL.C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

UPA 24h
UPA CAXANGÁ 24 h
Dr. Audrey Vasconcelos
Clínica Médica
CRM: 11727



Nome: **DR. FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA** Endereço: **27a Km** Nascimento: **31/10/1991**
 Sexo: **MASCULINO** Contato: **81-984638370**
 MRE: **FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO** Endereço: **RUA DOM BASILIO - 902 - SANTANA - CAHARAIBA/ PE - CEP: 54777402**

Data do Atendimento: **29/10/2019**
 Prioritária: **00388675**
 N° Atenção: **01229113**
 Serviço: **CLÍNICA MÉDICA**
 Médico: **ARTON 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, RELATADO DE DOR EM MSS E MIE.

EXAME FÍSICO:

1-6-C-D SEM ALTERAÇÕES
FC:90, FR:16

E- LESÕES CORTANTES ENTRAG. COTOVelo, JOELHO E PE ESQUERDO
LIMITAÇÃO E MOVIMENTOS E M 2/3 QDD; COTOVelo, JOELHO E EH PE ESQUERDO
PACINET SERÁ MEDICADO E RADIografADO PARA NOVA AVALIAÇÃO

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAI 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

UPA 24h
UPA CAXANGÁ - Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Dra. Andreia Mendes
CRM: 22186
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



Nome: 1188716-FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 27a 0m
Endereço: RUA DOM BASÍLIO , 502 - SANTANA -
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO
ENDERECO: CAMARAGIBE/PE - CEP: 54777432

Data do Atendimento: 29/10/2018
Prontuário: 00388676
Nº Atendimento: 01229208
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: AVRAHAM FERREIRA CRM: NF 17411

REGISTRO CLÍNICO

QPO/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 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 21 FEV 2019 21 MAR 2019 Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE REC/PE	05.802.494/0001-41 05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 21 MAR 2019 Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE REC/PE	05.802.494/0001-41 05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 13 MAR 2019 Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE REC/PE
---	--	--

UPA 24h
CAXANGÁ
Dr. Anderson Vasconcelos
Medico

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/10/2018 23:21:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA RG: PESO:

IDADE: 27 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:

Data de Nascimento: 21/10/1991

PRESTADOR ASSISTENTE: AMANDA GALVÃO BARBOSA

DATA DE ATENDIMENTO: 29/10/2018 03:38:19 ATENDIMENTO: 1229#13 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO ÚNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OSSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA DA CM
PERSEGUE COM ACOMPANHAMENTO NA ORTOP

AMANDA GALVÃO BARBOSA

CRM-25299

05.802.494/0001-11
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAR 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, S/ 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2018 05.802.494/0001-41
RUA DA AURORA, Nº 175, S/ 902 BL C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
13 MAI 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, S/ 902 BL C
Bela 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:	CG0020
	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 LEÔE 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAI 2018
RUA DA AURORA, 19 175, 51.902 BL.C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
21 MAI 2018
RUA DA AURORA, 19 175, 51.902 BL.C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2018
RUA DA AURORA, 19 175, 51.902 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:	Idade:	Nascimento:	Data do Atendimento:	29/10/2018
IRALY R. CESAR SOARES DE SOUZA	25a 11m	31/10/1993	Prenatal:	00388676
Sexo:	Contato:		Nº Atendimento:	01229113
MASCULINO	/ 61-984638370		Serviço:	CLÍNICA MÉDICA
HM:	Endereço:		Médico:	AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO	RUA DON BASILIO , 802 - SANTANA - CAHAGATRE/ PE - CEP: 54777432			

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

MEDICAMENTO: CEFALOTINA

Pesologia: 01 GRAMA Previsão de duração: DOSE UNICA Via: INTRAVENOSO

Ivenquência: 1 x ao dia Topografia da Infecção: Outras

Peso: 80 Tipo do uso do Antimicrobiano: Prophético

Observações Gerais:

VARIAS LESOS CORTANTE EM MIE E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO

Dr. Airton Cesar Rosa de Sá Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 22186 / EOT: 13/10/2018

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAR 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-11

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

Prontuário: 12572 - Data: 29/10/2018 08:00
Nome: AVRAHAMMCF
Número: 1229112 - Dt Nasc: 31/10/1951 (26a 11m 29d)
Unidade: SUS - AMBULATORIO
Número: 298676 - FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Altura: Sup. Corporal
Data: 29/10/2018 08:38 O Disponível
CRM: FERNANDO ANIBAL FIALHO CANTARELLI Endereço: CLÍNICA MÉDICA
CRM: 17411
Cidade: SOROCABA
UF: SP
Cidade: SOROCABA
UF: SP

1ª VIA



AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA CRM - nº 6 - 17411
CRM - 17411

Classificação de Risco: URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA URGÊNCIA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SH	Apf	Frete/Alocação	Tel/Email/Horários
05.802.494 - UPA CATANGA 24h SUTUBA REALIZADA 05.802.494 - UPA CATANGA 24h SUTUBA REALIZADA 05.802.494 - UPA CATANGA 24h SUTUBA REALIZADA	1					1 X DIA

UPA 24h - UPA CATANGA 24h
SUTUBA REALIZADA
05.802.494 - UPA CATANGA 24h
SUTUBA REALIZADA
05.802.494 - UPA CATANGA 24h
SUTUBA REALIZADA

Avraham Ferreira
SBOT 13098/SBCM/C
CRM 17411
AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM 17411

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
97 MAI 2019
97 MAI 2019
05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
97 MAI 2019
05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
97 MAI 2019

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
97 MAI 2019
Rua da Autog., nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
13 MAI 2019
Rua da Autog., nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a)

Leila

Gata Jacaré Brinça

necessita de

/5

Calvin 72) dias de

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

CID 562

HGV

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Recife 29/10/2010

LOCALIDADE E DATA

Dr. Celomano Maciel
CRM-PE 12976
SBOT 1928

Assinatura do Médico - CRM nº

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

Rua da Aurora, 175, 5º andar - Centro

Recife-PE - CEP 50.000.000

fone: (81) 3121-2012

Fax: (81) 3145-0201

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEB 2010

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2010

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

13 MAI 2010

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
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 - Atendimentos em: 29/10/18
- 1.2 - As 19 horas e 59 minutos.
- 1.3 - Internado: SIM
- 1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Elasmo - Reg. Geral N° 1101950

- 2.1 - Internado em: 29/10/18
- 2.2 - Alta em: 01/11/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE II DO 2º QUODACTILO ESQ. ERDO -
FRATURA EXPOSTA DE Iº DO 3º QUODACTILO ESQUERDO - FRATURA EXPOSTA DA PATELA
ESQUERDA - PERIMENTOS NO PÉ E CALCÂNEO ESQUERDO.

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

5. Observação: EGLOGA MUITO CARREGADA.

DATA: 03/03/19

TOPO: 19-01-11

PASTA: 01-02-2018

TB:

KL:

Dr. Tales Brull
Médico Cirurgião
Hospital Getúlio Vargas

Dr. Tales Brull

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

77 MAR 2019

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



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

NAME:

Nº DO REGISTRO:

SEÇÃO:

DATA DE ADMISSÃO:

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

<input checked="" type="checkbox"/> IDADE > OU IGUAL 60 ANOS
<input checked="" type="checkbox"/> CRIANÇAS > OU IGUAL 5 ANOS
<input type="checkbox"/> COMPROMETIMENTO NEUROLOGICO
<input type="checkbox"/> DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
<input type="checkbox"/> DESVIO DO EQUILÍBrio DA MARCHA
<input type="checkbox"/> DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE ALCOHOLICA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
<input type="checkbox"/> HISTÓRIA PREVIA DE QUEDA
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)
<input type="checkbox"/> OBESIDADE MORBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
<input type="checkbox"/> REDAÇÃO ANESTÉSICA
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
<input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
<input type="checkbox"/> PACIENTE CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MÉD.
<input checked="" type="checkbox"/> COLOCADO PULSEIRA ROXA
<input type="checkbox"/> NÃO SE APlica

ENTREGA DO FOLHETO DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NAO

ASSINATURA (PACIENTE)

RECOMENDAÇÕES:

- 1 Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade do acompanhamento da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- 2 Manter a cama na posição baixa, com rochas traseiras e grades de proteção elevadas;
- 3 Orientar e não encorajar portar;
- 4 Orientar a não andar nem caminhar na noite/madrugada ou caminhar no horário da limpeza;
- 5 Manter a área de circulação, livre de móveis e障碍os;
- 6 Auxiliar na desambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- 7 Estimular o uso de meias-calçados 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 bengalas/das canhas e a utilização de brinquedos;
- 13 Não deixar o paciente soturno no banheiro ou durante o banho;
- 14 Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-histamínico, anti-vertiginoso;

ENFERMEIRA/COREN:

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

77 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 125, sl. 902 bl. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora registrada da saída: 29/10/2018 18:46

MANCHSTER VZ

Nome Paciente:	FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	E0034
Comunicação:	PLANO
Atendimento:	EMERGÊNCIA
SAME:	TI - EQUILIBRADO

Período: 29/10/2018 18:46 - 29/10/2018 18:46

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

Prontidão

CD:

Curva Principal:

0 - 100% AMARELO

RELATO DE DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO E MÃO ESQUERDA APÓS COLISÃO MOTO X CARRO.

HAS:

DN:

ALERGA NEGA

UPA:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

FRATURA EXPONTÂNEA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Série Vitalis Lida:

- REQUISITA DE DOR: 9

100% - 100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

100% - 100%

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

27 MAR 2019

E-mail(s) para ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - CORREN: 68261 - FUNÇÃO:
Data Imprimida: 29/10/2018 18:46



H.O.G.V.
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

50 Anos de Vida e Trabalho
Pernambuco

Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: FELIPE CRUZ SOARES DE SÁVOLA - PRONTUÁRIO: 1107980

Data da operação: 20/03/2018

Operador: DR. MÁRCO GONÇALO

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO

Anestesista: DRA. LOURINE BEITTO

DIAGNÓSTICO PÁS-OPERAÇÃO: FRATURA EXPOSTA DE F2 DO 2º QDE + FRATURA EXPOSTA DE F1 DO 3º QDE + FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA + FERIMENTO EM PÉ E CALCÂNCIO ESQUERDO

PROCEDIMENTOS TRATAMENTO CIRÚRGICO DE: FRATURA EXPOSTA DE DEBOS DA MÃO + FIXAÇÃO COM TÉCHNIK C+ TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PATELA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob náuseas e vômitos;
- 2) Acessória e antisepse + aponção de campos cirúrgicos;
- 3) Observado ferimento na face lateral do 2º e 3º QDE
- 4) Realizado desbridamento de tecidos devitalizados + limpeza rotativa com SF 0,9% + remoção dos ferimentos
- 5) Realizada fixação percutânea com 3 ossos a 1,0 mm fluoroscopia (Observada boa redução)
- 6) Iniciada fixação com tala óptica metálica
- 7) Observado ferimento laçado no joelho com importante contum insólio
- 8) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,01% + desbridamento de tecidos devitalizados
- 9) Observado ferimento em calcâncio e em face medial da tibia esquerda
- 10) Realizada limpeza mecânica cirúrgica com SF 0,01% + desbridamento de tecidos devitalizados
- 11) Curativo Estéril
- 12) Imobilização com tala joelheira

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: 50.560-010

RECIEPE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

77 MAR 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.560-010

RECIEPE



UPA 24h
UNIDADE DE PRIMEIRO ATENDIMENTO
CAKANGA



Protocolo de Encaminhamento

TEP DE RÉCUPÉRATION

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Fisiológico () Psiquiátrico () SENNA 5.21449.20
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Padrasto: Paulo Henrique Documento: RG 123456789 Nasc.: 2-04-1985
Sexo: M | F: Profissão: Analista de Sistemas | Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro | Telefone: (11) 98765-4321
Endereço Residencial: Rua das Flores, 123 - Centro Bairro: Centro
Cidade: São Paulo Estado: São Paulo CEP: 01000-000

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE TRÂNSITO)

Autocarro de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Vôo Civil de Passageiros () Vôo Comercial ()

Atropelamento: pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Passageiro de Outro Automóvel () Motorista de Outro Automóvel ()

Motocicleta: Motocicleta () Passageira () Passageiro de Outro Automóvel ()

Semi-Atoigamento/Outromóvel () Motorista () Passageiro ()

Inoxidação Exógena () Animal/Espectrofotometria () Autópsia ()

Exposição ao Fogo/Fumaça/Chama ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda () Altura: Aeronavegada _____ Meters _____

Altura: _____ Meters _____

Agressões: () Por Arma de Fogo () Arma branca () Arma contínua () Arma de fogo e arma branca ()

Agressão Seca () Maus Tratos () Outros ()

Macacamento do Trauma: () Simples () Complexo () Unilateral () Bilateral ()

Localização do Trauma: () Cabeça () Perna () Braço () Abdomen () Pélvis ()

Localização do Trauma: () Cabeça () Perna () Braço () Abdomen () Pélvis ()

História Clínica Atual:

卷之三

Isquemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ Hb: _____ PA: _____ R: _____
 Vias Aéreas: PR: _____ Disponibilidade: S() N() Turgor Gládula Bronquial: S() N() Distribuição Vias Aéreas: S() N()
 Solos Espalhadores: S() N() DAWP: S() N() Detrusorismo: Tensão: S() N() Contractilidade: S() N()
 Desarrollo: Falta Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Sintomas de Fase II: S() N() Sintomas de Fase III: S() N()
 Parturiente Paritário: Gas: () Lesões: () Pneumonia: () Infecções: () Hipertensão: ()
 Pulsos: Rítmico () Arritmico () Flutuante () Fibrilar
 Coloração da Pele: Normocorrada () Pálida () Clara ()
 Tono muscular: S() N() Flexibilidade: Elástica ()
 Reflexos: S() N()
 Sintomas: S() N()

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUIMENTO

PROYECTO 10-100	FICHA 100-1000	ESTADO DE MEXICO
2 - 100-100-50	4 - 100-100-100	05-802-494/0001-43
Centro 100-100	Circuito 100-100	TRABAJOS CONCEPCION DE SEGUROS LTDA
Aduana 100-100	Aviación 100-100	

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.060-010
BEOFF-PI

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA

S. Abdômen

Diagnóstico inicial:

Exames Solicitados - 1 - Presópio Clínica

Exames Solicitados - 1 - Especializado

Fracionamento de Exames

CBS - T3 negativo + 107
+ Sputo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Cariúbo
Código Procedimento:

Ass. Médico + Cariúbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução da Enfermagem

Diag. Definitivo:

Definição de Diagnóstico:

Intervenções: Cirurgia Outro: 05.802.494/0001-11
DE LAZARO CORREIA

05.802.494/0001-11
11 MIO 100

Assinatura do Paciente:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Provavellos:

Até

Transferência

Exame de Urina

Exame Externo

Assist. Social:

Observações:

Ressaltos para o paciente:

Nome:

CRM/CRF:

Data:

Hora:

Este cartão das normas existente neste Hospital, se queira integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e nem os exames complementares.

Data:

Nome completo legível:

Nº de Identidade:

Assinatura:

Firma do Responsável pelo paciente:

Responsabilizo-me pela imediata recadastrada no paciente caso o paciente, bem como tenha absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº de Identidade:

Assinatura:

Local e data: 26/10/2018 19:58 h SEPHORAFF

Impressão: 29/10/2018 19:59 h SEPHORAFF

13/11/2019

Em dia, quando não dizer medido

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE

100 mg - 01 Dose - lot. n.º 97-0771 JU RECIFE-PE



Paciente _____: 631066-Felipe Cesar Soares De Souza

Data _____: 20/02/2019

Nº Laudo _____: 12340061

Dat. Nasc. _____: 31/10/1991

Exame: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica de exame:

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

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

COMENTÁRIOS:

Alterações de susceptibilidade magnética na borda medial da patela, pré-patelar. Existe discreto edema do tecido subcutâneo nessa borda.

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 à faceta lateral da patela.

Achados provavelmente relacionados com alterações fibroscárticas, secundárias a lesão prévia neste regiço.

Formação levemente arredondada, apresentando isosinal em relação às estruturas ósseas, medindo aproximadamente 1,3 x 1,2 x 1,1 cm, situada em íntimo contato com o retináculo patelar lateral, próximo à 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 lesão prévia? Há leve edema medular ósseo nessa topografia.

Presença quase total de fluido intra-articular e na bursa subacetabular. A sinovia é levemente engrossada e irregular (sinovite).

Discreto bordamento da borda da Hoffa e da borda subacetabular, associado edema / alterações inflamatórias / hipersensibilização 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 atrofia no encurtamento do ligamento cruzado posterior e leve desalinhamento da articulação do joelho.

Ligamento cruzado posterior apresentando espessura e intensidade de sinal normal.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Menisco medial conservado

13 MAR 2019

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

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

05.802.494/0001-41

Boa Vista - CEP: 50.060-010

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

RECIFE-PE

27 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C

Divisão de Imagens Radiológicas de Recife

Boa Vista - CEP: 50.060-010

www.sirdiagnóstico.com.br

RECIFE-PE



Aumento da densidade óssea que envolve o compartimento lateral do malho. Não evidenciamos lesão óssea associada.
Escoamento ósseo irregular devido ao comprometimento lateral do osso, de difícil diagnóstico.
Osteofítes incidentes na patela, trocâica, condila femoral e no platô tibial.

Retináculo patelar medial preservado.
A cartilagem hialina que reveste a patela e a trocâica não demonstra alterações.

Lerdinhas da metacarpalina.
Peritendinitis aponeurose.
Lâmina líquida na junta do traço-metacarpal / metacarpo-femoral.
Ossamentos musculares conservados.

Dra Kelli Paveira CRM PE: 09535

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 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE Diagnóstico.com.br



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 T₁.

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

COMENTÁRIOS:

Artéfatos 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 fibrocicatriciais, secundárias a lesão prévia nesta região.

Formação levemente arredondada, apresentando isossinal em relação às estruturas ósseas, medindo aproximadamente 1,3 x 1,3 x 1,1 cm, situada em íntimo contato com o retináculo patelar lateral, próximo à 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 lesão prévia? Há leve edema medular ósseo nesta topografia.

Pequena quantidade de líquido intra-articular e na bursa suprapatelar. A sinovia 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 desalinhanamento 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 9029 L.C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Rua Guilherme Pires, 110 - Centro - Rio/RJ
CEP: 22.711-210 | Fone: (21) 3405-1622

Serviço de Imagens Radiográficas do Rio/ RJ
www.sirdiagnosticocom.br



Serviço de Imagem

Radiologia - Tomografia
Tomografia Computadorizada Multi-Slice
Ultrassonografia - Ressonância Magnética
Densitometria Dual Energy
Angiografia Digital

Afiamento 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, cóndilos femorais e nos platôs tibiais.

Retináculo patelar medial preservado.

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

Tendinopatia do semimembranoso.

Peritendinite anserina.

Lâmina líquida na bursa do gastrocnêmio / semimembranoso.

Grupamentos musculares conservados.

Dra Katia Pereira CRM PE- 09535

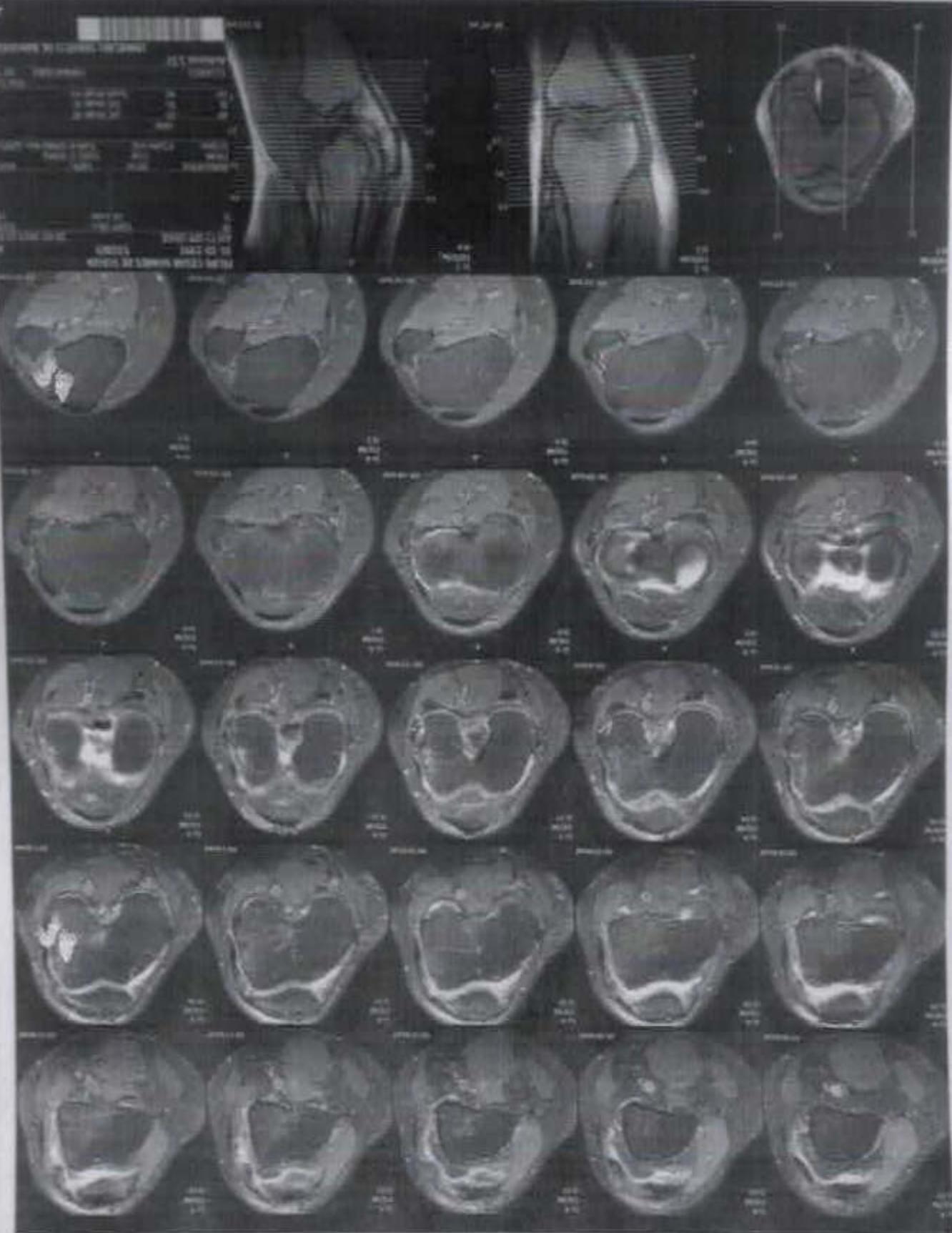
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

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

Rua Dom Joaquim, nº 190 | Centro | Recife-PE
CEP: 50.070-070 | Fone: (81) 3400-5121

Serviço de Imagens Radiográficas da Recife
www.sirdiagnóstico.com.br



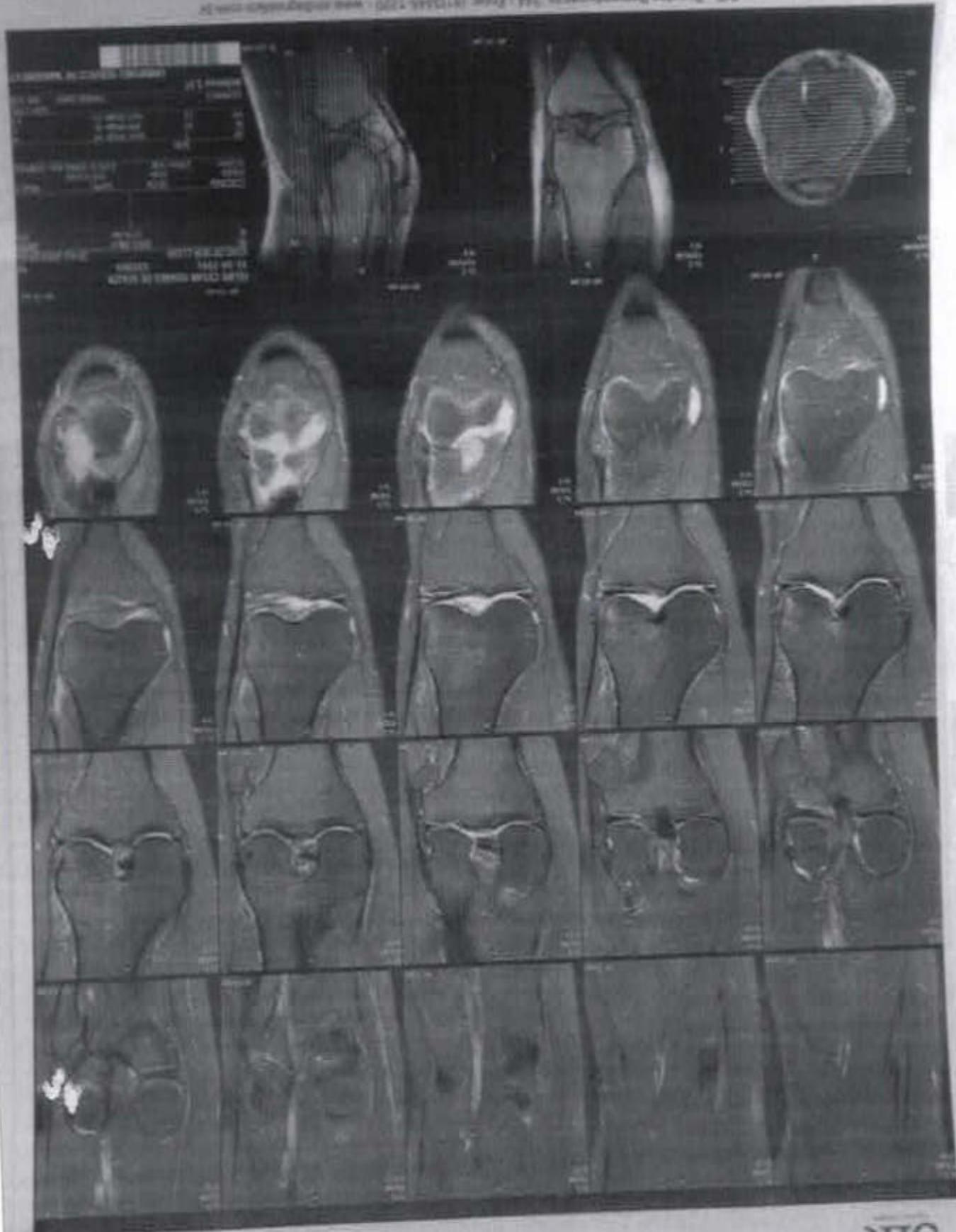
SIR • Tomografia multissecção • Ressonância magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Gastroenterologia • Dosee • Rádio-X
05.802.494/0001-41
TRÂNSITO CORRETIVO
DE SEGUROS SAÚDE

11/18/2013

Rua da Aurora, nº 175, 9020-000

Boa Vista - CEP: 59.060-010

PHOTOGRAPH



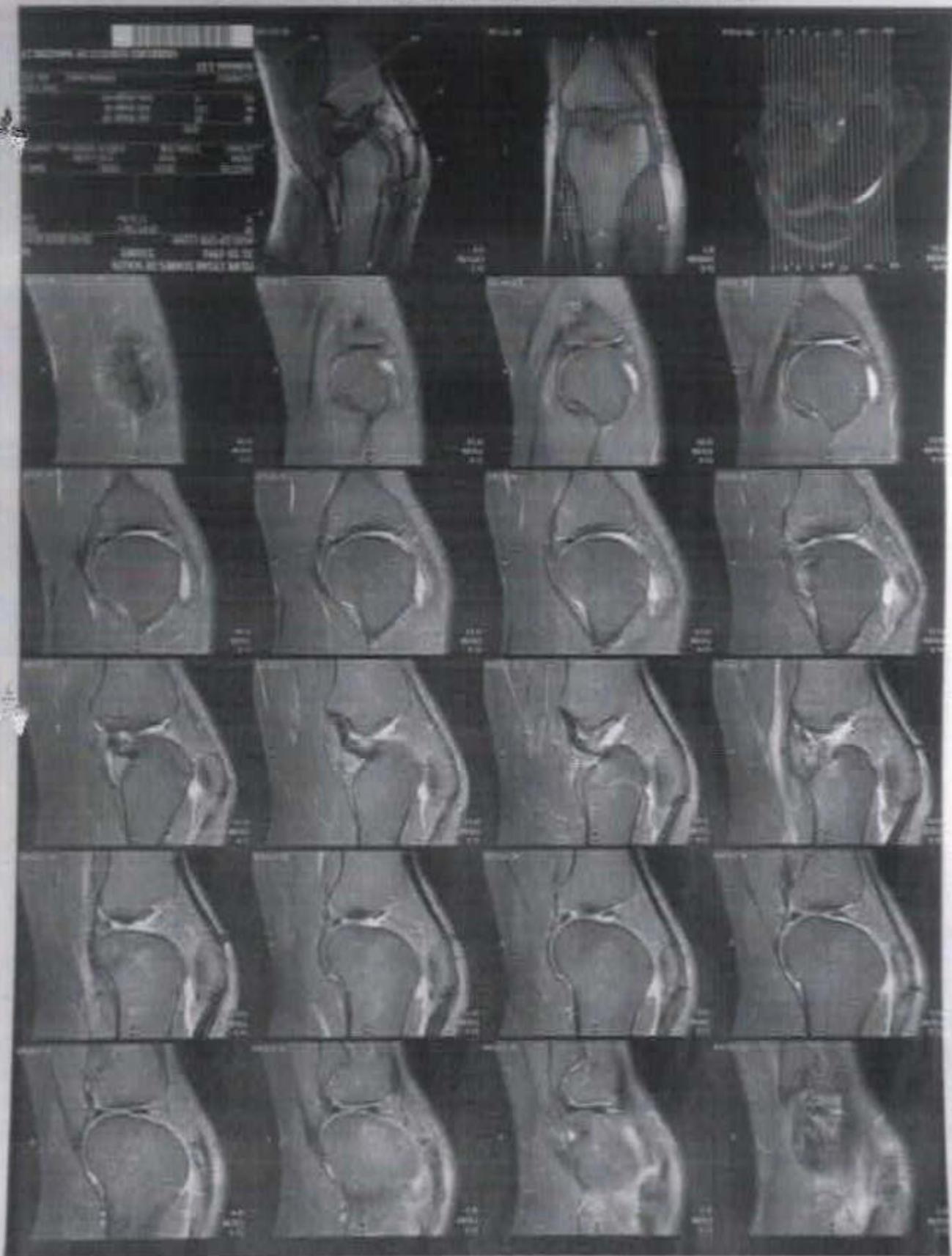
SIR - Tomografia Multidetectora de Ressonância Magnética • Ultrassonografia • Biópsias • Endometriose • Ossos • Raio-X
TRIAGEM CORPO TÓNICO
DE SEGUIMENTO CLÍNICO

14-NM-2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



SIR • Tomografia multipla • Resonância magnética • Gossicografia • Biópsias • Desenho de tratamento • Revisão

TRAÇÃO CORRETA
DE SEGUROS ITD

13 MAI 2019

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

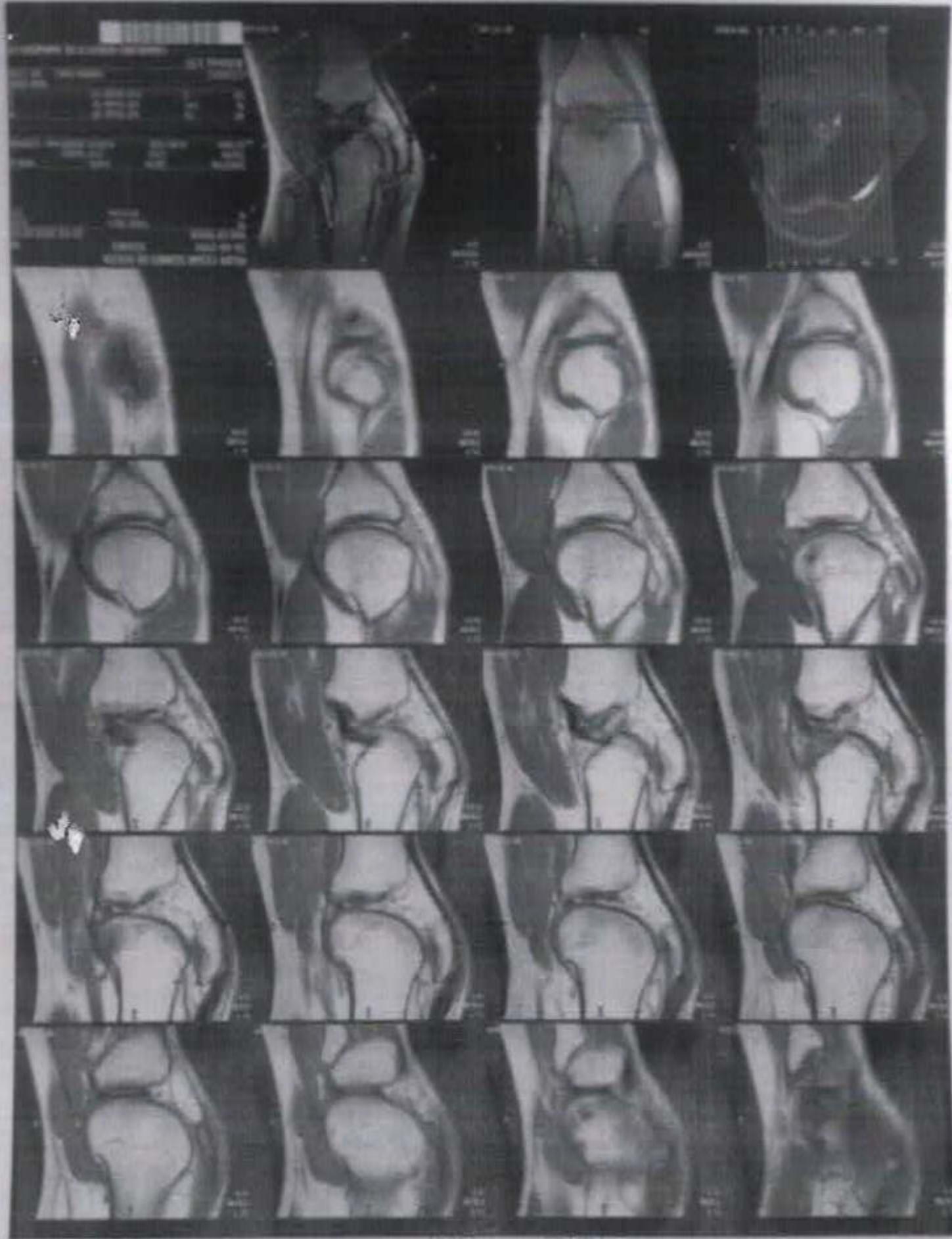


IMAGEM CORRETADA
DE SEGUROS LTDA

SIR • Tomografia Multidetectora de Ressonância Magnética - Radiologia - Diagnósticos - Desenvolvimento Osseos - Reabilitação - Endocrinologia - Medicina Nuclear - Radioterapia - Biópsias - Desenvolvimento Osseos - Reabilitação

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

DE SEGUROS LTDA

13 VIII 2009

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

Apartamento: 320563 Entrada: 06/08/2019 Hora: 15:36
Plano: SUS - REVISÃO
Prontuário: MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL
Médico: Reg.: MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL

Responsável: ADRIANA VIEIRA
Matrícula:
Identidade:
CPF: 698002480842781

Paciente: 1623671 FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Nascimento: 31/10/1994 (27 Anos e 0 Meses)
Endereço: RUA FLORIANO ARAÚJO
Bairro: ALBERTO MINA C.E.P: 54771-000
Cidade: 2603454 CAMARAGIBA
Fone: VALDEMIR DE SOUZA
Móvel: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS
Estado Civil: DIVORCIADO
C.P.F: 08452382450
Identidade: 723407 SD6 - PE
Telefone: 84638370 / 997547255
Orientações: 2º GRAU - COMPLETO
Observações: PROMOTOR DE VENDEJAS
RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

CONSULTA NA URGÊNCIA: DR. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 97561

Dentax de paciente relata trauma em acidente de moto há 5 meses.

Exame Físico: paciente sem desvitalização + sem edema

Hipótese diagnóstica: lesão da tibia+ menisco joelho esquerdo

Procedimentos/Conduta:

Prontuário/Chamado:

01 - Instrumentação	
02 -	
03 -	
04 -	

Próximo: Consulta ambulatorial
Nome: NAME
Período: 01/01/2019 - 31/12/2019
At. Chq. Cada.

Resolução:

Marcando URGULANCIOS (Clique na caixinha) CONCLUSÃO:

06/08/2019 15:42

Assinatura: DR. MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL CRM 07674

SOLICITO

Página 1 de 2

- HEMOGRAMA
 TP / AE - INR
 GLICEMIA DE JEJUM
 UREIA
 CREATININA

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

25/06/2019

Ehr: 25/06/2019 - 19:06

AVALIAÇÃO: Dr. MARCELO CORRÊA DE ARAUJO LARRAZABAL CRM-17874

SOLICITO:

ECG + PARECER CARDIOLÓGICO (PRÉ OPERATÓRIO)

Ehr: 25/06/2019 - 14:59

AVALIAÇÃO: Dr. MARCELO CORRÊA DE ARAUJO LARRAZABAL CRM-17874

Quinxa do paciente:

PACIENTE REFFRE DOR E INSTABILIDADE EM JOELHO ESQUERDO

REFRE TRAUMA TORSIONAL.

Exame físico:

LACHMAN ++/3+

GAVETA++/4+

PIVOT ++

RNM: LÉSÃO DE ICA E MENISCAL MEDIAL.

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

PRÉ-OP: OR

Hipótese diagnóstica:

LESÃO ICA E MENISCAL EM JOELHO ESQUERDO

Prescrição/Candidata:

Horário/Checklist

01	LISTA DE CIRURGIA (NETDE)
02	
03	
04	

Relevamiento
8463-8370
CAMARAGIBE

Materiales utilizados: [illegible]

COMARAGIBE

Monograma
P. C. L. G.

Identificação: 120553 - Emissão: 06/08/2019 Hora: 13:38
Plano: SDS - REVISÃO
Responsável:
Nome: MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL

Recepção: ADRIANA VIEIRA
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 8900040642781

Paciente: 1622871 FELIPE CESAR SOARES DE SOUZA
Sexo: Masculino
Nascimento: 21/10/1991 (27 Anos e 0 Meses)
Endereço: RUA FLORIANO ARAÚJO
Bairro: ALBERTO MAIA C.E.P. 54771-600
Cidade: 2603454 CANARASIDE
Pai: VALDEMIR DE SOUZA
Mae: FERNANDA LUCIA SOARES SOBRINHO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO CEP: PAFUA
Estado Civil: DIVORCIADO
C.P.F.: 08452352482
Identidade: 7234427 - SDS - PE
Telefone: 84636370 / 997347268
Grau de Instrução: 2º GRAU - COMPLETO
Ocupação: PROMOTOR DE VENDAS
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

DATA: 06/08/2019 - 11:00

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL CRM: 17874)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CRM: MARCELO CORRÉA DE ARAÚJO LARRAZABAL - CRM: 17874

Aux: 1

Anestesiologista: ZIRA DIANA

Intubador: MARCOS E. ALDAIR.

Diagnóstico Pré-Operatório:

LESÃO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR + LESÃO MENISCAL JOELHO ESQUERDO

Operação Realizada:

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

Diagnóstico Pós-Operatório:

Documentos:

CDs: Nenhuma

Descrição:

PACIENTE DESENVOLVIMENTO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ASSESSIA E ANTESSPIRA-CITOFEROSA

APERTURA DA FASE CRUZADA

REVISÃO FACE ANTERIOR DE Perna.

ENTRADA DE ENVERTO LIGAMENTAR SEMITERMO E GRACILLES

AVOIDAO PORTAS ARTEOSCOPICAS PARA JOELHO E INFUSAO DE SORO FISIOLOGICO

VERIFICACAO COMPARTIMENTOS JOELHO

MENISCECTOMIA PARCIAL MENISCO MEDIAL

ANASTOMOSE COM LAMINA DE SHAVER

VERIFICACAO LESAO LATERAL

REVISAO FACE LATERAL DO JOELHO

PARAGEM DO SORO E FERMENTO TORNEL

RESANTEM ENQUANTO TORNEL E PERFORACAO TORNEL

TRANSPORTAÇÃO LIGAMENTAR CORA PASSAGEM DE ESPÉCIE PELOS TÚMULOS
HÉMORRÁGICO DISTAL E PLEURAL-PROMINENTE, COM PALAPLUSO INTERFERÊNCIA N.º 9
CONTEÚDO FÔRMULA:
CIRÚRGICO OCULTIVO
PRESERVA OS GARROTES, SENDO OBSERVADA NOA PERELHAÇÃO DISTAL DO MEMBRO

MATERIAIS:

ESTERILIZADOR SPRAYER - 02 UNIDADES
ALCOOLICHO 70% - 01 UNIDADE
PALAPLUSO INTERFERÊNCIA - 02 UNIDADES

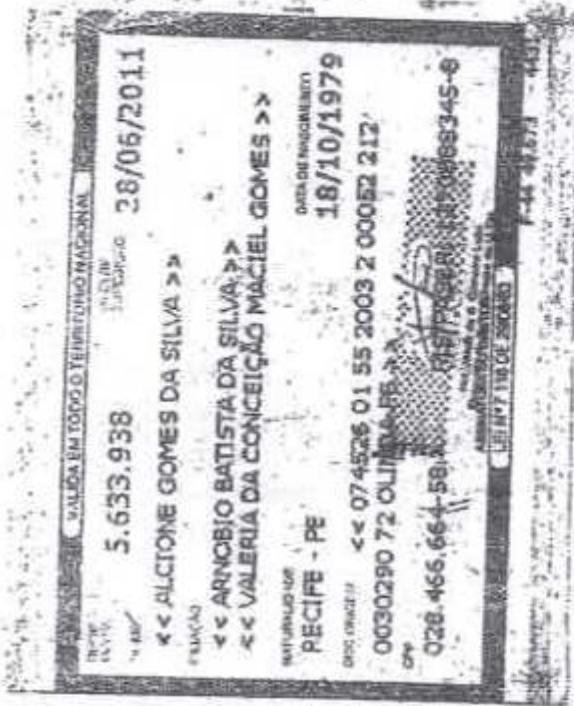
Hospital Mauá
Av. Presidente Vargas, 5700
Santo André - SP - CEP 09040-000
Fone: (011) 3630-5777
E-mail: compras@hospitalmaua.com.br



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



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


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE
 REGISTRO E HABILITAÇÃO DE
 VEÍCULOS
P
E

FELIPE CÉSAR SOARES DE SOUZA		
DOC IDENTIDADE / DATA EMISSÃO / UF 0203960101 MT PE		
CPF	DATA NASCIMENTO	
084.523.524-92	31/10/1991	
PAIS / ÓGOS		
VALDEMIR DE SOUZA		
FERNANDA LUCIA SOARES		
SOBRINHO		
PERMISSÃO	ACE	EST. MARCA
Nº REGISTRO 05499080702	VALIDADE 07/02/2018	1ª HABILITAÇÃO 24/05/2012
DESENHOS		
A		
Assinatura do proprietário		
LOCAL		DATA EMISSÃO
RECIFE - PE		07/02/2017
 Andréia Souza Klein Diretor Presidente ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CORRETORES DE SEGUROS		
PERNAMBUCO		

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

27 MAR 2019

(05802494/0001-41)
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

05802494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 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



REC. N.º	5.633.938	DATA	28/05/2011
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
NOME Alcione Gomes da Silva			
NASCIMENTO << ARNOBIO BATISTA DA SILVA >> << VALÉRIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>			
RESIDÊNCIA RECIFE - PE 18/10/1979			
INSCRIÇÃO << 074525.0155 2003 2 00052 212.			
CPF 0030290 720110000000			
RG 028.466.661-591			
TELEFONE 089345-0			
CARTERA DE IDENTIDADE			

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

27 MAR 2019

21 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. 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

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

22711087V2018

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

13 MAI 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 901 bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
7.7 MAR 2019
21 FEB 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
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
Boa Vista - CEP: 50.060-010

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



DETRAN - PE N° 013816919471
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
SISTEMOS LTDA

21 FEB 2019

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

PE N° 013816919471 BILHETE DE SEGURO DPVAT

E É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
A MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoratidder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PRÉMIO TARIFÁRIO		<input type="checkbox"/> PREV (PR)	<input type="checkbox"/> DENATRA (D)	<input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (CS)	<input type="checkbox"/> TÔTE A SER PAGO BEM DIADO (TB)	<input type="checkbox"/> DATA DE SITUAÇÃO
		<input type="checkbox"/> CUSTO DO SEGURO (CS)	<input type="checkbox"/> IOP (IOP)	<input type="checkbox"/> IOP (IOP)	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO
		<input type="checkbox"/> COTA UNICA				

CHENGDU SHIJI WUQI YUAN



DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

* WA	000 REHAYAM	DATA
1	32355224	2013

PLACA: 049-523-824
CHASSI: 2EHN12340BR213241

COMBUSTÍVEL: GÁSOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 200

ANO FAB: 2011

ANO MFG: 2011

VELOCIDADE: 90 KM/H

CATEGORIA: P

PERÍODO DE VENCIMENTO: 2011

VALOR DA COTA ÚNICA: R\$ 1.000,00

PARTE: 1º PARCELA: 2º PARCELA: 3º PARCELA:

VALOR TOTAL: R\$ 3.000,00

DATA DE PAGAMENTO: 01/05/2013

DATA DE VENCIMENTO: 31/01/2014

VALOR DA COTA ÚNICA: R\$ 1.000,00

PARTIMENTO: 01/05/2013

VALOR DA COTA ÚNICA: R\$ 1.000,00

PARTIMENTO: 01/05/2013

PE N° 013816919471 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FELIPE CEZAR SOARES DE SOUZA
DATA: 07/05/13

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
01/08/2013	07/05/2013
VALOR	PLACA
034-523-824-925	PEH3-925
NOTA DE SEGURO	
05.802.494/0001-41	
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
27/11/2013	
05.802.494/0001-41	
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
27 MAR 2013	
Rua da Aurora, 1175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE - PE	
05.802.494/0001-41	
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
27 MAR 2013	
Rua da Aurora, 1175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE - PE	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.500/0001-44

DESTAQUE: GUARDE O BILHETE DPVAT
NUNCA PERCA SEU SEGURO CONTRATADO

NH-2013

**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 deficit de força grave, presença de cicatriz cirúrgica. Presença 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 ás 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