Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180494728**
Vitima: **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **25/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180494728.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

:

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, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180494728 **Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**

Data do Acidente: 25/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

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$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000001581**
Conta: **000000051545-5**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS, PORTADOR(A) DO RG Nº 4.161.633 EXPEDIDO POR TAVARES BURIL EM 03/09/2010 E CPF 996867614-20 /CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐-☐☐☐☐-☐☐, PROFISSÃO SERVENTE E RENDA MENSAL DE R$ 954,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando : [illegible] da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Autorizacao de pagamento

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 15 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 81 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 51545-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PAULISTA, 10 de OUTUBRO de 2018
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

889800405

Titular: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
Agência: 1581 - JANGA, PE
Operação: Conta Poupança
Número da conta: 51545-5

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVA

Autorização de pagamento

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:

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS | CPF: 796 867 614 20

Profissão: APOSENTADO | Endereço: AV. NOSSA SENHORA APARECIDA | Número: 77 | Complemento: CASA

Bairro: JANGA | Cidade: PAULISTA | Estado: PE | CEP: 53400 000

E-mail: | Tel.(DDD): 81-985202808 81-996455752

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1583 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 000 51545 5 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e 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: PAULISTA 30 SAUDRO 2019

Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF: 796 867 614 20

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CILENE JOSÉ SANTOS OLIVEIRA

CPF: 898 707 334-49

Assinatura

2ª | Nome: NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

CPF: 050 002 499 45

Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
CLEIDE JOSE DOS SANTOS
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:46:41
Em test. _____ da verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.FPE01201908.01614 Válido somente com o selo.
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seldigital

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO JANGA - PRAIA DA CONCEIÇÃO - 3º Paulista-PE

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
NICOLAS CALDAS DOS SANTOS
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:43:13
Em test. _____ da verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.AJZ01201908.01611 Válido somente com o selo.
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seldigital

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO JANGA - PRAIA DA CONCEIÇÃO - 3º Paulista-PE

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
VANERE SARAIVA BARBOSA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:46:33
Em test. _____ da verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.YMS01201908.01612 Válido somente com o selo.
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seldigital

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO JANGA - PRAIA DA CONCEIÇÃO - 3º Paulista-PE

CAIXA

POUPANÇA

5067 2250 6584 0243

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

MAURILIO G SANTOS

1581 013 00051545-5

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180494728
Nome do(a) Examinado(a): Maurilio Graciliano dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Ns Aparecida, 77 C
Janga Paulista PE CEP: 53439-590
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4161633
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [21/03/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMA ABDOMINAL

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

Tratamento: REALIZOU LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ENTERECTOMIA SEGMENTAR E ILEOSTOMIA
Complicações: NÃO HOUVE
Data da Alta: MARÇO/2018

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

EGB, DEAMBULA LENTAMENTE , APRESENTA ABDOME GLOBOSO, LEVEMENTE DISTENDIDO

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

PERDA PARCIAL DE INTESTINO GROSSO

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 (*).

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS ABDOMINAIS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA E/OU DIGESTIVA.
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

SaúdeSEG
Dr. Galdino Leonardo
CREMEPE 17[illegible] - TEOT 13221

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE JANGA
32ª CIRCUNSCRIÇÃO

INV

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ºCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0122001493

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2018** às **10:20**

Complementa o BO Número: **18E0122000520**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **25/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 1** - Bairro: **JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ARMAZÉM CORAL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER (AUTOR \ AGENTE)
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (VITIMA)

Boletim de ocorrência

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER

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

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BALBINA DA CONCEIÇÃO** Data de Nascimento: **12/10/1961** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **4161633/SDS/PE (RG), 79686761420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares:
- **985446629**

Endereço Residencial: **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA, 77, CASA, 77 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA BREJO DA MADRE DE DEUS, 180, BLOCO C 11 APTº 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **MNF3308** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **860437701** Chassi: **9BGRZ08X05G225393**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustivel: **GASOLINA**
Descrição: **GM/CELTA 2P LIFE.**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ANDAVA NA CALÇADA AO LADO DO ARMAZÉM CORAL DESTA CIDADE DO JANGA/PAULISTA FOI ATROPELADO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO GM/CORSA, PLACA MNF 3308/PAULISTA/PE, SENDO SOCORRIDO PELO SR. PAULO RIEPER PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA/PE E POSTERIOMENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O TRÍ CENTENÁRIO DE OLINDA. PELO EXPOSTO O QUEIXOSO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL QUER O CASO REQUER.

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

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO JOSE FERREIRA DA SILVA** - Matricula: **3810658**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE JANGA
32ª CIRCUNSCRIÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS portador da carteira de identidade nº 4.161.633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 796867614-20 residente e domiciliado na AV NOSSA SRA APARECIDA 77 JANGA Cidade PAULISTA, Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Declaracao de Inexistencia de II

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PAULISTA 10/10/2018

Local e data

Governo de Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Comprovacao de ato declaratorio

Nº Atendimento: 980442

Nome: Manoel Oliveira dos Santos

Foi atendido às 20:25 hs do dia 25 / 02 / 15

Diagnóstico Provável: Trauma

Paciente refere que foi atropelado enquanto
um pneu passou sobre

Tratamento Realizado: R-x e sintomáticos

Observação:

Cópia de:

Médico – CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Publico do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 09039744/0005-16 TEL: (81) 3184-4255

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000051545-5

Nr. da Autenticação 200517736CFC029C

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

celpe neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005945-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF 706 887 614-20 NIS 12458910146

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV N SA APARECIDA 77

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53400-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
006153728	ÚNICA	18/02/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/02/2018	2011253475	2341890

CONTA CONTRATO	REFERÊNCIA
7006246332	02/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA LEITURA
26/02/2018	20/03/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 5,25

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30kWh	30,0000000	0,18953113	5,68
Multa por atraso-NF 002450587 - 21/12/17			0,11
Juros por atraso-NF 002450587 - 21/12/17			0,03
Atualização IGPM-NF 002450587 - 21/12/17			0,03

TOTAL DA FATURA 5,25

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA LEITURA	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	18-01-2018	7,00	18-02-2018	0,00	31	1,00000		0,00

Histórico kWh

FEV/18	30
JAN/18	30
DEZ/17	30
NOV/17	30
OUT/17	30
SET/17	30
AGO/17	30
JUL/17	30
JUN/17	30
MAI/17	30
ABR/17	30
MAR/17	30
FEV/17	30

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	5,00	0,57	0,03
COFINS	5,00	2,63	0,13

Fatura sujeita a correção de tarifa - Cláusula Décima Segunda, Resolução ANEEL 414/2010

Consumo Ativo até 30kWh 0,18953113

37CT 8123 258A 3EDA 5ABE DA2C 3EDE FAE2

Comprovante de residência

Hospital do Tricentenário

Nome:	**MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**	**Nº registro:**	**91273**
Dt. Nasc.:	12/10/61 - 56 ano (s)	Sexo:	Masculino
Mãe:	MARIA BABINA DA CONCEICAO	Fone:	81985446629
Endereço:	R SOLMAR, nº 56, JANGA. PAULISTA - PE		
Setor:	Leito:		
Data/hora:	26/02/2018 - 11:51	Nº pág.:	1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO **SENHA: SCN033**
14/05/2018 - RAFAEL AZEDO

Classificção de Risco:
Especialidade:

ANAMNESE:

ALERGIA:
- NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIETE VITIMA DE ATROPELAMENTO ONTEM A NOITE, CHEGA COM DOR ABDOMINAL INTENSA, NÁUSEAS, HIDTORIA DE P. DE ELIMINAÇÃO DE FEZES DESDE ONTEM. NEGA VOMITOS. NEGA DESMAIOS.

EXAME FÍSICO:
Peso: Altura: IMC: () Temperatura: º
PA: x mmHg HGT: mg/dL
OBS:
EGREGULAR,EUPNEICO,CORADO,HIDRATADO,CONSCIENTE,ORIENTADO
ABD: PLANO, POUCO DEPRESSIVEL, BASTANTE DOLOROSO À PLAPAÇÃO, COM SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
- R101 - DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR| | DOR EPIGÁSTRICA - - -

Resultados de Exames:

Evolução do paciente:
CD: AVALIO RESULTADO DE USG DE ABDOME: SEM ANORMALIDADES.
SOLICITO RADIOGRAFIA DE ABDOME.

Dr. RAFAEL MELO AZEDO VIEIRA
CRM: 26235

Documentação medica - hospil

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maurilio Graciliano dos Santos, Registro Hospitalar: 112731, RG: 4161633 SDS/PE, CPF 796.867.614-20, Nascimento: 12/10/1961, encontra-se internado na UTI do Hospital Miguel Arraes por motivo de doença grave em pós Operatório de cirurgia abdominal, desde o dia 03/02/2018. No momento, não há perspectiva de alta hospitalar.

Paulista, 05 de março de 2018

Romário R. Alves
CRM-PE 21077

Médico

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Graciliano dos Santos REG: 112231
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
03/09/18	# Cir. Geral #
20:00	
	4ºDPO LE + ileostomia com peritonite
	fecal
	Paciente deu entrada vermelho por
	piora clínica. TC descartou TEP.
	Ao exame:
	Eupneico, sonolento, consciente,
	desorientado
	FC: 120 bpm.
	Abdome plácido, doloroso difusamente,
	com descompressão brusca dolorosa.
	FO seca e rosa
	MV + sem AAT S/ RA. Sat. 100% em Vent 50%
	# Cd: 1) manitol ATB
	2) Gasometria: lactato 1,3,
	pO2 111, bic 23, pH 7,55
	3) Expansão volêmica
	4) Indice SO.
	Dra. Cecília Lima Cirurgia Geral CRM-PE 21254
03/09/18	Nota Operatória
23:00	Pcte submetido a LE com achado
	de líquido livre e vazamento de
	raça de alça:
	Realizado ileostomia e TC
	# Cd: 1) Δ UTI. 2) Dieta zero
	3) tazocin

Dra. Cecília Lima Cirurgia Geral CRM-PE 21254

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Cristiano dos Santos REG:
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
02/03/17 11:50	#C.G.#
	Intercorrência
	Paciente apresenta dispnéia quando se levanta para sentar. Uso de oxi nasal - está prótese.
	FC: 132 BPM SaO2: 92% (Ventury 50%)
	PA: 110x90 mmHg FR: 42 IRPM.
	Ap. Resp: Parcialmente lúcido.
	MV + em base de HTE.
	HD: TEP? (mesmo com heparina)
	Ed: Sol. ambos. TAC de tórax com protocolo para TEP - A rota vermelha.
02/03/17 19:30	#C.G.#

Sóstenes Rabelo Gomes
Cirurgião Geral e Urológica
CRM-PE 18.325

Sóstenes Rabelo Gomes
Cirurgião Geral/Urologia
CRM-PE: 18.325

Realizado TAC que descartou TEP MACIÇO, mas permite possível descartar TEP segmentar. Vimos dos anos de comunicação interatrial e discreta pleurite bilateral. Ed: TROCO ATB para TAZOCIN

GOVERNO DE Pernambuco

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

DESCRIÇÃO CIRURGICA

NOME: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS REG: 112731

DATA: 03/03/2018

CIRURGIÃO: EUNIVALDO HOLANDA

1º AUXLIAR: NATALIA BANIA

ANESTESISTA: DOUGLAS

ANESTESIA: GERAL

ENTERRADO 16/03/18 Assinatura

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: DEISCÊNCIA DE RAFIA DE DELGADO + PERITONITE PURULENTA

CIRURGIA PROPOSTA : LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CIRURGIA REALIZADA: A MESMA + ENTERECTOMIA SEGMENTAR + ILEOSTOMIA + FÍSTULA MUCOSA + TOALETE CAVITÁRIO

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO :

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS
5) ACHADOS:
   A. MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO SEROHEMÁTICO TURVO
   B. RAFIA DE ÍLEO COM VAZAMENTO DE CONTEÚDO ENTÉRICO
   C. DISTENSÃO DE ALÇAS DE DELGADO, RECOBERTAS COM FIBRINA
6) REALIZADO:
   A. ENTERECTOMIA SEGMENTAR E CONFECÇÃO DE ILEOSTOMIA A 90 CM DA VIC
   B. TOALETE CAVITÁRIA EXTENSIVA COM CRISTALOIDE AQUECIDO
8) TOALETE CAVITÁRIA
9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
10) CONTAGEM DE COMPRESSAS
11) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 1
12) SUTURA DA PELE COM NYLON 4.0
13) MATURAÇÃO DE ILEOSTOMIA À BROOKE + FÍSTULA MUCOSA COM VYCRIL 3-0
14) CURATIVO

DATA: 3 de março de 2018

Dra. Cecília Lima
Cirurgia Geral
CRM-PE 21.254

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

UTI 3-28

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES
2 - CNES: 6431569

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES
4 - CNES: 6431569

AIH 41180.04

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
6 - Nº Prontuário: 112731

7 - Cartão Nacional do SUS: 898050075361614
8 - Data de Nascimento: 12/10/1961
9 - Sexo: Masculino [X] 1 Feminino [ ] 3
10 - Raça/Cor: 03 - Parda
10.1 - Etnia: 0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe: MARIA BABINA DA CONCEICAO
12 - Telefone de Contato: 8198355317

13 - Nome Responsável: NICOLAS
14 - Telefone de Contato:

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): RUA SAO MARCOS, 56 - JANGA

16 - Município: PAULISTA
17 - IBGE: 261070
18 - UF: PE
19 - CEP: 53439700

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
DOR ABDOMINAL FECHADO HÁ 12H

21 - Condições que justificam a internação:
TAC

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
TAC ABDOME: LIQUIDO LIVRE EM MODERADA QUANTIDADE

23 - Diagnóstico Inicial / Código: ABDOME AGUDO
24 - CID 10 Principal: 5364
25 - CID 10 Secundário: V069
26 - CID 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: LAPAROTOMIA EXPLORADORA
28 - Código do Procedimento: 0407020209

29 - Especialidade: CIRURGICA
30 - Caráter de Atendimento: 2
31 - Documento: (X) CNS ( ) CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: 980016286616956

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente: DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA
34 - Data da Solicitação: 27/02/2018
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): Simone Lima Médica CRM-PE 24127 — 18126

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto
39 - CNPJ Seguradora
40 - Nº Bilhete
41 - Série
42 - CNPJ / Empresa
43 - CNAE / E

45 - Vínculo com a Previdência
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Apo

AIH 261810157221-8

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador
47 - Cód. Órgão Emissor: E260000001

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

50 - Data da Autorização
51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho): Dr. Guilherme Roquete Cirurgia Digestiva Videocirurgia CRM-PE 19876

AIH 261810157222-9

Código do Laudo: 418015

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Graciliano dos Santos REG: 112731
CLÍNICA: Cirúrgica ENFERMAGEM: LEITO: 418-04

DATA/HORA	#CC#
12/05/18	• 56a ♂ • Em uso: dipirona (D1: 02/03/18).
	• HD: ① 7º DPO de LE + enterectomia
	+ ileostomia + FM + TC
	② 10º DPO de LE + raio de
	cólon + LC sec. a laparo abdo
	minor. Iniciado com hemoperitônio.
	- Achado 1: líquido turvo e vaza-
	mento de rápido de delgado.
	- Achado 2: Grande quantidade de
	fezes nos 4 quadrantes, lesão de
	mesentério e cólon.
	• DE: DPA: 120x60 / 130x70 / 120x70 / 130x80
	Dextro: 110 (7h) / 149 (8h) DU: 1x 130ml/24h
	FC: 80-92bpm / FR: 18-20ipm.
	SI distermias. Ileostomia: 600ml/24h.
	• IS: Paciente refere melhora clínica,
	refere apenas leve incômodo na ileostomia.
	Nega outras queixas.
	• EF: EGB consciente, orientado, normocorado,
	hidratado, eupneico ao toque.
	- AR: MV+ em AHT, S/RA. FR = 24ipm.
	- ACV: RCR em 2T, BNF s/s. FC = 96bpm.
	- Abd.: Plano, depressível, indolor, RHA+
	- Ileostomia: saída de fezes pastosas.
	• CD: ① Manhã: avaliar programação (D10 a D14).

Dda. Bruna Vasconcelos

Dr. Felipe Machado
Médico
CRM-PE 25796

+ Médico assistente.

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Mariléia Graciliano dos Santos REG: 112731
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO: 413-4

DATA/HORA	
	56a #CG#
09/03/18	# HD: 1) 6°DPO LE + enterectomia segmentar +
8h	ileostomia + fístula mucosa + TC
	2) 9°DPO LE + rafia de íleo + LC sec. trauma
	abdominal fechado c/ hemoperitônio
	• Achados: Grande qtdade de fezes nos 4 quadrantes, bom
	de movimento e de íleo
	• Achado 1: Liq. turvo e vazamento de refluxo de dilatado.
	• #Conduta: • Dipi - tazo DB + Sintomáticos
	# DE: PA 130 120 120 120 / 70 70 80 70 HGT 43-95-106-93
	diuremia ϕ
	Fezes 1800 / 24h Diurese 900 mL / 24h
	#: Paciente nega queixas. Relata sua aceitação da
	alimentação.
	# EF: EGBEG, consc., orientado, hidratado
	• ACV: RCR em 2T, BNF s/ S FC: 100
	• AR: MV⊕ em AH, s/RA FR: 24
	• Abd: plano, depressível, indolor, RHA⊕
	• Ileostomia: c/ saída de fezes pastosas, c/ vazamento da bolsa.
	*Cp: • Preguiça dieta
	• Mantenho ATB até D10
	Guilherme de Conti
	CRM 19781

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Gonçalves dos Santos REG: 117731
LEITO:
ENFERMAGEM:
CLÍNICA:

DATA/HORA	# C Cff 56a
11/03/18 9h	• HD: (1) 8º DPO ovariectomia + laparotomia + EM + TC (2) 11 DPO de LO + parto do feto (TAF) • em uso Tazocin 4g, ovoxa, [illegible] 6/6/6h • Dieta diurese 1500 l LOP = 800 + ?? • Paciente nega dor abd, febre, náuseas, sangramentos. Aceita bem dieta domiciliar • Ao exame: BEG, orientado, corado, hidratado, afebril, sí ósseas. Abd: flácido, indolor, sem sinais. FC = 90bpm CD: Alta hospitalar

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:_____

CLÍNICA:_____ ENFERMAGEM:_____ REG:_____

LEITO:_____

DATA/HORA	

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ALTA DA UTI – LEITO 25

Nome: Maurílio Graciliano Dos Santos Registro: 112731 Atendimento: 418064
Admissão HMA: 27/02/18 Admissão UTI 3: 27/02/2018 Alta UTI 3: 02/03/2018

Paciente, 56 anos, admitido no hospital queixando-se de dor abdominal com história de acidente com carroça (atropelamento) há 01 dia da admissão. Realizada TAC de Abdomen (com achado de líquido livre em cavidade), paciente foi encaminhado ao Bloco Cirúrgico, onde foi realizada LE + Rafia de íleo + LC, com achado de secreção fecaloide nos quatro quadrantes, lesão mesentérica a 280cm do Treitz e lesão em íleo a 290cm do Treitz (ocupando 30% da circunferência). Ao fim da cirurgia, apresentou-se hipotenso, com boa resposta a volume, não sendo feita droga vasoativa.

Paciente foi então admitido na UTI em POI, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disártrico, respondendo a comandos e em uso de SVD. Como paciente apresentou-se disártrico e desorientado, foi então solicitada TAC de Crânio (sem alterações agudas) e graças ao achado de peritonite fecal iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol. Evoluiu com vômitos biliosos, sendo então passada SNG (com saída imediata de 600mL) e iniciada reposição venosa de potássio. Apresentou ainda oligúria, com boa resposta após estímulo diurético.

Posteriormente, paciente apresentou melhora do retorno pela SNG, podendo então iniciar dieta e progredindo conforme aceitação. Retirada SVD como forma de estimular diurese espontânea. Apresenta-se no momento estável hemodinamicamente, em boa aceitação de dieta oral, em uso de Ceftriaxone e Metronidazol e reposição venosa de K+, sem queixas e estando apto a alta da UTI.

Ao Exame:
EG Regular, hipocorado +/4+,hidratado, eupnéico, acianótico, anictérico, afebril ao toque.
AR: MV + AHT s/ RA. Sat O2: 95%
ACV: RCR 2T BNF, S/S. FC: 103 BPM. PA: 100 x 73mmhg
ABD: Plano, flácido, depressível, indolor à palpação, RHA+
Ext: Aquecidas, perfundidas, pulsos simétricos em MMSS e MMII, panturrilhas livres.

HD: 1. POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário
2. Peritonite fecal após lesão de íleo por trauma fechado de abdômen.
3. Hipocalemia – em reposição venosa

CD:
1. Mantenho reposição venosa de Potássio, uma vez que apresentou k=2.7
2. Alta para enfermaria de CG.

02.03.18
Bárbara Mariana dos Santos
Médica
CRM-PE 25[illegible]

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ADMISSÃO – LEITO 25

Nome: Maurilio Gracliano Dos Santos Registro: 112731 Atendimento: 418064
Admissão HMA: 27/02/18 Admissão UTI 3: 27/02/2018

Paciente, 56 anos com história de trauma abdominal após acidente com carroça (atropelamento), admitido no hospital com dor, em POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário com achado de peritonite fecal e lesão em mesentério a 280 cm do Treitz e de íleo a 290 cm do Treitz e 30% da circunferência.

História de hipotensão ao final do procedimento, responsiva a volume.

Chega à UTI acompanhado de médico cirurgião e anestesista, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disártrico, respondendo a comandos, com diurese em SVD concentrada.

Ao exame:
EG Regular, hipocorado +/4+, desidratado, eupnéico, acianótico e anictérico
AR: MV + AHT s/ RA.
ACV: RCR 2T BNF, S/S. FC: 111 BPM. PA: 89 x 65mmhg
ABD: plano, depressível, com dor à palpação difusa de abdômen.
Ext: pulsos simétricos em MMSS e MMII

HD: 1. POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário
2. Peritonite fecal após lesão de íleo por trauma fechado de abdômen.

CD:
1. Solicito rotina admissional, raio X de tórax no leito e culturas.
2. Faço expansão volêmica
3. Inicio Rocefin + metronidazol
4. Discutir com família disartria e desorientação (de base? Choque hipovolêmico ? traumático?) – avaliar tac de crânio.

Liliane Carvalho
Médica
CRM-PE: 22.370

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

Página.: 0001
Data.....: 27/02/201
Hora.....: 11:35

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 48198
Paciente : 112731
Convênio Atend. : 1
Leito : 541
Dt. Início : 27/02/2018 10:40
Cid Pré-Operatório : R100
Cid Pós-Operatório : R100

Sala : 0003 SALA 03
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERD1-L07
Dt. Fim : 27/02/2018 11:20
ABDOME AGUDO
ABDOME AGUDO

Atendimento : 418064
Carteira :
Idade : 56 Anos 15 Dias 11 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Medica

URGIAO 18126 DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ABDOME AGUDO TRAUMÁTICO
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA : LAPAROTOMIA EXPLORADORA
CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + RAFIA DE ÍLEO + LAVADO CAVITÁRIO

161-03
Assinatura

CIRURGIÃO: DR DANILO VASCONCELOS
1° AUXILIAR: MR1 SIMONE LIMA HUOC
2° AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: FERNANDA
ANESTESISTA: DR KLEITON
ANESTESIA : GERAL
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUVE
DESCRIÇÃO :
1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4) INCISÃO MEDIANA TRANSUMBILICAL + ABERTURA POR PLANOS
5) ACHADOS:
   A. GRANDE QUANTIDADE DE FEZES NOS QUATRO QUADRANTES
   B. LESÃO DE MESENTÉRIO A 280CM DO TREITZ
   C. LESÃO DE ÍLEO A 290CM DO TREITZ DE 30% DA CIRCUNFERÊNCIA
6) REALIZADOS:
   A. RAFIA DE MESENTÉRIO COM PROLENE 3.0
   B. ENTERORRAFIA COM PROLENE 3.0 EM DUPLA CAMADA
7) TOALETE CAVITÁRIA EXAUSTIVA COM SF0,9% MORNO
8) REVISÃO DE HEMOSTASIA
9) COTAGEM DE COMPRESSAS
10) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 0
11) SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
12) CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Simone Lima
Médica
CRM 29.125

DR(A) : DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA
CRM : 18126

Simone Lima
Médica
CRM-PE

Governo de Pernambuco

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP HOSPITALAR

Serviço de Cirurgia Geral

Nome: Maurilio Graciliano dos Santos
Registro: 112731
Data: 11/03/18

Prescrição Medica

- Dipirona 500mg ———————————— 20 comp

Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor

OU

- Paracetamol 500mg ———————————— 15 comp

Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor

Orientações

1- Deixar a ferida operatória sem curativos
2- Lavar a ferida operatória com água e sabão
3- Não usar pomadas, cremes, ungüentos, Rifocina®, mercúrio ou similares sobre a ferida
4- Evitar esforços físicos até o retorno ao ambulatório
5- Andar e se movimentar livremente
6- Comparecer à emergência mais próxima de sua casa SE:
   a. Dor de barriga que não melhora com as medicações
   b. Vômitos persistentes
   c. Febre persistente
   d. Vermelhidão ou saída de pus pela ferida operatória
   e. Falta de ar
7- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral no dia: 23/03/18 (Sexta - Feira) às 13:00horas.

Victor Lira
Médico
CRM-PE 25139

PERNAMBUCO

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAULISTA

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

GESTÃO IMIP

NOME: _____ IDADE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____ DATA: __/__/__

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Rx de tórax, quadril,

MOTIVO: abdome.

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO:

DATA: __/__/__

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Governo de Pernambuco

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP HOSPITALAR

Serviço de Cirurgia Geral

Nome: [illegible]

Internamento para Cirurgia Eletiva

- Apresentar-se com esse formulário na emergência do Hospital Miguel Arraes às 07 horas na data marcada abaixo.
- Levar todos os exames e pareceres solicitados.
- O jejum para comida e bebida deverá ser iniciado a partir das 22horas do dia anterior ao internamento.
- Não suspeder as medicações para "pressão alta"
- Suspender as medicações para diabetes no dia anterior.
- Comunicar ao médico se você estiver Doente (gripe, resfriados, infecções, etc) ou for portador de Alergias.
- Caso não possa comparecer para submeter-se a cirurgia, comunicar no telefone 3181-9679.
- LEMBRE-SE: a sua cirurgia pode ser cancelada sem aviso prévio para permitir cirurgias com maior prioridade, pois o Hospital Miguel Arraes é um serviço de urgência e emergência!

DIAGNÓSTICO: [illegible]

CIRURGIA: [illegible]

DATA: 07/11/18

[illegible]
Cir. Ap. Digestivo
CRM 16417

CO-MORBIDADES: _____

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurílio Geoviano dos Santos REG: 112731

CLÍNICA: Cirúrgica ENFERMAGEM: 413 LEITO: 04

DATA/HORA	# CG #
08/03/18	MASC, 56a.
7:45	HD: ① 5º DPO de LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toilete cavitário.
	② 8º DPO LE + rafia de íleo + lavado cavitário sec a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitônio
	Achado ②: peritonite fecal secundário a lesão ileal (secreção fecaloide nos 4 quadrantes) lesão mesentérica e de íleo). (sintomatica)
	Achado ①: líquido turvo e vazamento de rafia de delgado.
	Emuso:
	- Pipe-Taz
	- Sintomaticos.
	PA: 110/70, 130/80, 120/70 FC = 86-90 Temp - 36.
	FR = 19-20
	Ileostomia = 500ml
	Diuro = 900ml
	Pacte refere dor na ileostomia.
	Ao exame: BEG, hiporado (+/4+), consciente, orientado, hidratado.
	ACV: RCR 2T BNF S/S. FC = 100 bpm
	ARV: MV ⊕ PMTX S/ RA. FR = 17 ipm.
	Abd: plano, depressível, indolor à palpação, RHA ⊕

Ext: Sem edemas.

CDT: Início dieta líquida de provas, progredir conforme aceitação.

Guilherme Magalhães
CRM-PE 9576

UTI 3 – ALTA

Nome: Maurilio Gradiliano Dos Santos Registro: 112731 Atendimento: 418064
Admissão HMA: 27/02/18 Admissão UTI 3: 03/02/2018 Alta UTI 3: 07/03/2018

Paciente, 56 anos, admitido no hospital queixando-se de dor abdominal com história de acidente com carroça (atropelamento) há 01 dia da admissão. Com traumatismo abdominal fechado, apresentando estabilidade hemodinâmica e USG de abdmome mostrando líquido livre em cavidade abdominal, realizada TAC de abdômen neste serviço, sendo evidenciado hemopneumoperitôneo, sendo, portanto, encaminhado ao Bloco Cirúrgico, onde foi realizada LE + Rafia de Íleo + LC, com achados de secreção fecaloide nos quatro quadrantes, lesão mesentérica a 280cm do Treitz e lesão em íleo a 290cm do Treitz (ocupando 30% da circunferência). Ao fim da cirurgia, apresentou-se hipotenso, com boa resposta a volume, não sendo feita droga vasoativa.

Paciente foi então encaminhado em 27.02 à UTI em POI, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disártrico, respondendo a comandos. Como paciente apresentou-se disártrico e desorientado, foi então solicitada TAC de Crânio (sem alterações) e graças ao achado de peritonite fecal iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol. Evoluiu com vômitos biliosos, sendo então passada SNG (com saída imediata de 600mL). Posteriormente, paciente apresentou melhora do retorno pela SNG, podendo então iniciar dieta e progredindo conforme aceitação, recebendo alta da UTI para enfermaria de Cirurgia Geral em 02.03 sem queixas e estável.

No mesmo dia (02/03), apresentou episódio de dispneia súbita em enfermaria CG com diminuição do MV em base de HTE, sendo realizada TAC de Tórax com protocolo para TEP, descartando-se hipótese de TEP segmentar, mas demostrando condensações, derrame pleural e atelectasias bibasais. Sob hipótese de pneumonia nosocomial, rodado antibiótico para Tazocin (D0: 02/03).

Em 03/03, paciente apresentou-se ao exame físico com EGRuim, sonolento, desorientado, FC 120 bpm, abdômen doloroso difusamente à palpação, sinal de Blumberg positivo, encaminhado, assim, ao bloco para reabordagem. Paciente submetido a LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toalete cavitário, tendo como achados moderada quantidade de líquido seroemático turvo, rafia de íleo com vazamento de conteúdo entério e distensão de alças do delgado, recobertas com fibrina. Foi novamente admitido na UTI acompanhado pelo anestesista que refere que não houve intercorrência durante a cirurgia, paciente com lactato de 1.1 no intraoperatório, apresentando quantidade moderada de resíduo gástrico, o qual foi retirado após passagem de SNG, manteve-se estável hemodinamicamente durante toda a cirurgia, em uso de SVD com urina concentrada, cateter em VJID (D0 28/02), venturi 50%.

Devido instabilidade hemodinâmica, iniciada BIC com noradrenalina e vigorosa expansão volêmica. Apresentou melhora do padrão hemodinâmico, sendo retirada noradrenalina e tentada início de dieta VO com dieta líquida de prova. No entato, paciente apresentou vômitos sendo passada SNG e novamente zerada a dieta.

Como paciente hemodinamicamente estável, sem apresentar vômitos ou distermias, recebe alta para enfermaria de CG sem DVA, com AVC em VJID em D6 (puncionado 28/02 às 16h), ileostomia de bom aspecto e funcionante com alto débito e Tazocin D4 (D0 02/03).

Exame Físico da Alta:

EGBom, consciente, orientado em tempo e espaço, hipocorado (2+/4+), desidratado (1+/4+), acianótico, anictérico, afebril ao toque.
ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros FC=90bpm PA= 102x73mmHg
AR: MV + em AHT, sem RA FR=16ipm
AB: plano, depressível e indolor; ileostomia com bom aspecto e funcionante
FO: mediana, limpa, sem flogose ou saída de secreção à expressão;
Ext: sem edemas, panturrilhas livres, TEC=2s, pulsos periféricos + e simétricos
SNC: sem déficits focais, isocoria, ECG= 4 + 5 + 5 = 15

HD:

1. 4º DPO de LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toalete cavitário;
2. 7º DPO de LE + rafia de íleo + lavado cavitário sec a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitôneo à TAC de abd;
3. Condensação, atelectasia, derrame pleural bilaterais à TAC de tórax c/c + alteração da ausculta localizada em exame físico sec a Pneumonia Nosocomial

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

Atendimento: 418015
Data e Hora: 27/02/2018 00:08

Senha da Classificação: [redacted]

Paciente: 112731 MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS **Sexo:** MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 12/10/1961 **Idade:** 56 anos **Convenio:** 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe:: MARIA BABINA DA CONCEICAO
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Pai:**
Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL **CRM:** 12347
Endereço: RUA SAO MARCOS – 56
Cidade/UF: PAULISTA PE **Bairro:** JANGA
Usuário Atendimento: DARLIANESL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA **Nr Documento Estrangeiro:**
Observação:

KASO
OMO
ALMOÇO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 01:16.

Queixa Principal

Paciente [illegible] colecistectomia e relata queixas após [illegible] após trauma local. Relata [illegible] em FIR. Nega febre e alterações do trânsito intestinal.

Exame Físico

BEG, [illegible] e [illegible] corado, [illegible] acianótico, anictérico, afebril. AR: [illegible] e [illegible] FC: 82bpm PA: 130x80mmHg. Abdômen plano, doloroso à palpação superficial e profunda difusa, [illegible] à descompressão [illegible].

Hipotese Diagnostico

Trauma abdominal fechado?

Prescrição Médica

1) Sol. [illegible] de [illegible] c/c.

Guilherme Parente Lins
Mr. Cirurgia Geral
CRM-PE: 24076

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência
( ) Transferido: Para _____
( ) Encaminhado ao setor de internação _____ Senha: _____

'02/18 4C04

'30 Paciente retirou o atendimento por conta que batem em seu carro e em sentido dois desconhecidos.

Tem sinais de hipertensão onde 156 cm/Hg de líquido livre.

Bg, espírito, corado, consciente, orientado, afebril, bom plano, depurado, deitado à direita

J.P. PC = 68bpm. FR = 14 ipm.

1) Agendar realizar TC de abdome e pelve

2) Sol. RBC/HT.

Dr. Danilo Vasconcelos
Cir. Vascular & Endovascular
CRM-PE 18.126

7H04RB TC abdome: hemopneumo-peritônio

08W CD: A SO Hb 14,7 Ht 45

solicito RS

Danilo Vasconcelos
Medico
CRM-PE 18.126

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/02/2018 00:06

Nome Paciente:	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
Cód. Paciente:	112731
Data de Nascimento:	12/10/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	56
Senha:	0002
Convênio:	2 - SUS
Atendimento:	418015
SAME:	99950

Período: 27/02/2018 00:26 - 27/02/2018 00:28

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: [redacted] VERDE

Queixa Principal: PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM ABDOMEN HÁ 01 DIA. NEGA VOMITOS E FEBREE. PACIENTE REFERE DOR EM ABDOMEN APÓS ACIDENTE COM CARROÇA.

Observação: NEGA ALERGIAS/ HAS/ DM.
ENCAMINHADO DO HOPS TRICENTENARIO COM SENHA 5371999.

Fluxograma sintoma: DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- ENJÔO OU RELATO DE VÔMITO E/OU DIARRÉIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 95.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim ( ) Não (X)
Local .....
.....
Enfermeiro

REVISADO
NEP HMA

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/02/2018 00:28

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Mauricio Gonçalves dos Santos REG: 117731
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	# C Cff 86a
11/03/18 9h	• HD: ① 8º DPO ortognatica + Lobectomia + FM + TC ② 11 DPO de LG + Parte do ÍLIO (TAF) • em USO TAZOCIN Dg, OVOXA, Loratadina 10mg/DIA • DEBL Diurese 1500ml LOP = 300+?? • Paciente NOGA Dor ABD, Fogaro, Náuseas, Sangramento s. Acorda Bom Dieta Domiciliar • Ao exame: GOB, orientado, cooperativo, Corado, Hidratado, Afebril, Sí odomas. ABD: Flácido, Indolor, Sem odomas. FC = 90bpm RD: ① Alta Hospitalar

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Graciliano dos Santos REG: 112731.
CLÍNICA: Cirúrgica ENFERMAGEM: LEITO: 418-04

DATA/HORA	#CC#
12/03/18	• 56a ♂ • Em uso: dipirona (D1: 02/03/18).
	• HD: ① 7º DPO de LE + enterectomia
	+ ileostomia + FM + TC
	② 10º DPO de LE + raio de
	íleo + LC sec. a trauma abdo-
	minal fechado com hemoperitônio.
	- Achado 1: líquido turvo e vaza-
	mento de rapta de delgado.
	- Achado 2: Grande quantidade de
	fezes nos 4 quadrantes, lesão de
	mesentério e íleo.
	• DE: DPA: 120x60/ 130x70/ 120x70/ 130x80
	Dextro 110 (2h) / 149 (8h). DU: 1300mL/24h.
	FC: 80-92bpm / FR: 18-20ipm.
	S/ distermias. ileostomia: 800mL/24h.
	• IS: Paciente refere melhora clínica,
	refere apenas leve incômodo na ileostomia.
	Nega outras queixas.
	• EF: BEG consciente, orientado, normocorado,
	hidratado, afebril ao toque.
	- AR: MV+ em AHT, s/RA FR = 24ipm.
	- ACV: RCR em 2T, BNF s/s FC = 96bpm.
	- Abd: Plano, depressível, indolor, RHA⊕
	- Ileostomia: saída de fezes pastosas.
	• CD: ① Manter ATB, avaliar manutenção (D10 a D14?)

Dda. Bruna Vespaziano

Dr. Felipe Machado
Médico
CRM 25796

+ Médico assistente.

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurília Graciliana dos Santos REG: 112731
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO: 413-4

DATA/HORA	56a #CG#
09/03/18 8h	#HD: 1) 6°DPO LE + enterostomia segmentar + ileostomia + fístula mucosa + TC
	2) 9°DPO LE + rafia de íleo + LC sec. trauma abdominal fechado c/ hemoperitônio
	• Achados: Grande qtde de fezes nos 4 quadrantes, loops de intestino e de íleo
	• Achado lc: líq. turvo e vazamento de resíduo de alimento.
	#EmUso: • Pipe-tazo DB + Sintomáticos
	#DE: PA 130 120 120 120 / 70 70 80 70 HGT 93-95-106-93 diuremias ϕ
	Fezes 1800/24h Diurese 900mL/24h
	#: Paciente sem queixa. Relata boa aceitação da alimentação.
	#EF: EGBEG, corado, orientado, hidratado
	• ACV: RCR em 2t, BNF s/s FC: 100
	• AR: MV⊕ em AHT s/RA FR: 24
	• Abd: plano, depressível, indolor, RHA(+)
	• Ileostomia: c/ saída de fezes pastosas, c/ trazamento da bolsa
	#Cd: • Prosseguir dieta
	• Manter AB até D10
	Guilherme Sá Conti Cirurgião CRM 19781

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Mauricio Gaaciano
CLÍNICA: ENFERMAGEM: REG: 112231
LEITO:

DATA/HORA	
	HEMGERM
27/2/18	Paciente com SGR com hist. outrida sem exames, Quinta feira, HRIP. CRO SQ. A. BG
	Dra. Íris Felipe Ferreira CRM-PE 31041
07/02/18 19:37	* C. Geral - Notas evolutivas *
	Pct submetido a LE com achado de peritonite fecal secundário a lesão ileal a 20cm da Treitz. Realizada enterorrafia + lavagem cavitária exaustiva. Durante término do procedimento pct evoluiu com instabilidade hemodinâmica, optado por cuidados intensivos.
	Realizado ciprofloxacino + metronidazol no intraoperatório.
	Simone Lima Médica CRM-PE: 24128

Governo de Pernambuco

UPA PE 24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 980442

Nome: Maurício Graciliano dos Santos

Foi atendido às 21:25 hs do dia 25 / 02 / 18

Diagnóstico Provável: Trauma

Paciente refere que foi atropelado enquanto atravessava carroça

Tratamento Realizado: R-x e sintomáticos

Observação:

Cópia de:

Médico – CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Publico do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 09039744/0005-18 TEL: (81) 3184-4255

PERNAMBUCO
GOVERNO DE ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Manoilio Graciliano dos Santos REG: 112731
IDADE: 56 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 27/02/18 DATA DA ALTA 11/03/18
DIAGNÓSTICO: (1) Trauma Abdominal Fechado

TRATAMENTO REALIZADO:

1º DIA LE + intrectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toilete cavitário.
1º DIA Rafia do íleo + LC sec a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitônio.

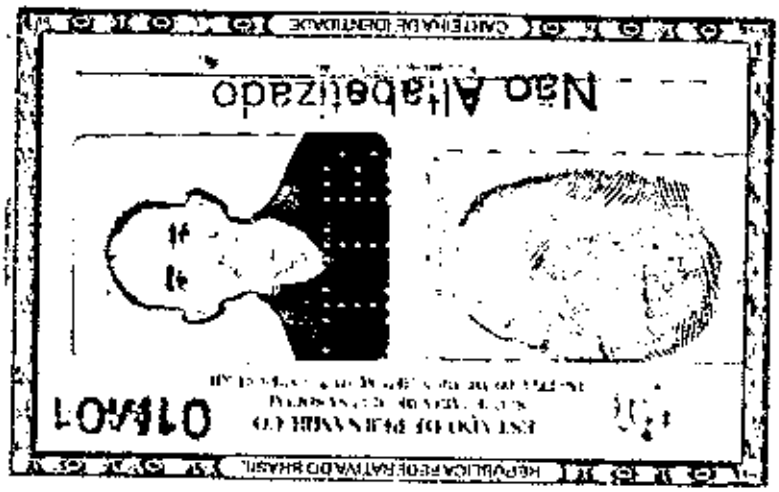
ORIENTAÇÃO:
- Ringer lactato
- Teopiramida (16 mg/d)

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ( )
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 23/03/18 às 13h

Victor Lira
Médico
CRM-PE 23139

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Documentos de Identificacao

4.161.633 03/09/2010

<< MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS >>

<< >>

<< MARIA BALBINA DA CONCEIÇÃO >>

MULUNGU - PB 12/10/1961

<< CN 1827 L.3A F 31 CART.DE MULUNGU-PB 17.10.1979 >>

795.867.614-20

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGOPJ – GPRM – 8ª DESEC
DELEGACIA DA 32ª CIRCUNSCRIÇÃO - JANGA

Paulista, 09 de abril de 2018.

Ofício nº 357/2018.

Laudo do IML – Lesões corpor.

Senhor Diretor

Cumprimentando-o cordialmente, venho através do presente solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de ser procedido ao competente EXAME TRAUMATOLÓGICO, na pessoa abaixo descrita:

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS- RG Nº 4.161.633-SDS/PE, brasileiro. convive em união estável, aposentado, nascido aos 12.10.1961, natural de Mulungu-PB, filho de Pai Não Declarado e Maria Balbina da Conceição, residente na Rua Nossa Senhora Aparecida, nº 77, Janga, Paulista/PE.

Quesitos: 1. Após a análise das provas contidas nos autos e do exame médico legal, foi identificado algum dano á saúde do(a) periciado (a)? Especifique.
2.Se houve dano , qual o meio ou instrumento que o provocou, de acordo com os documentos submetidos á pericia?Especifique.
3. Do dano resultou perda ou diminuição de sentido, membro ou função?Especifique.
4.Da análise dos documentos submetidos á perícia , associada ao exame pericial do(a)periciado(a), existe nexo causal e/ou temporal com a notícia-crime? Especifique.
5. Da análise dos documentos submetidos á perícia e/ou do exame pericial, existe alguma concausa preexistente; concomitante ou superveniente?Especifique.
6. Se positiva, esta concausa contribui para o surgimento do dano?Especifique.
7. As condições anteriores de saúde do periciado (a) (físicas e/ou psíquicas) contribuíram para a ocorrência do dano?Justifique.
8. O dano contribui para o agravamento do estado anterior do (a) periciado(a)?
9.O dano resultou de uma forma anômala ou inadequada do profissional, contrária á prática médica convencionalmente aceita? Justifique.
10. O dano exteriorizou alguma patologia latente? Especifique.
11. As condições de trabalho do profissional contribuíram para a ocorrência do dano? Justifique.
12. O dano resultou em incapacidade permanente ou temporária para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente? Especifique.
13. O dano resultou prejuízo estético? Especifique.
14. Existe um quadro doloso crônico decorrente do dano? Especifique.
15. Houve necessidade de exames complementares para o esclarecimento dessa perícia? Se positivo, qual (is) e o (s) resultado (s).
16. Baseando-se na literatura médica, existe a previsibilidade de o dano decorrer do tratamento realizado? Justifique.
17. O tratamento proposto foi adequado para o diagnóstico firmado?
18. Do ponto de vista médico-legal, há necessidade de pericia complementar?Justifique.

19. Da análise dos documentos submetidos à perícia, em algum momento houve risco de morte? Justifique.

Outrossim , informo que o periciando foi vítima de TENTATIVA **ACIDENTE DE TRÂNSITO** de acordo com **BO 18E0122000520**.

Na oportunidade renovo protestos de estima e real apreço.

Atenciosamente

MARIA DA CONCEIÇÃO TAVARES DA SILVA
Delegada de Polícia

Ao Ilmo Senhor
Diretor do IML
RECIFE/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494728
Cidade: Paulista
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
Data do acidente: 25/02/2018
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.

Descrição do exame físico: EGB, DEAMBULA LENTAMENTE , APRESENTA ABDOME GLOBOSO, LEVEMENTE DISTENDIDO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA COM ABDOME GLOBOSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS ABDOMINAIS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA E/OU DIGESTIVA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

DATA DO ACIDENTE 25/02/18 CPF DA VÍTIMA 796867614-20

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4.161.633

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

ENDEREÇO DO PORTADOR AV NOSSA SRA APARECIDA

Nº 77 COMPLEMENTO casa BAIRRO JANGA

CIDADE PAULISTA UF PE CEP 53400-000

E-MAIL _____ TELEFONE (81) 98544-6629

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM (X) NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Outros

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS : _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS : _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/10/2018

IDENTIDADE 4.161.633

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 10/10/18 MATR. CORREIOS 6788557

NOME Alex Tiago Brito de Oliveira

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 25/02/2018

CPF: 796.867.614-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/10/2018	Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS	Nome: ERIKA LETICIA OLIVEIRA DE SOUSA MAXIMINO
CPF: 796.867.614-20	CPF: 116.111.147-64
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS	ERIKA LETICIA OLIVEIRA DE SOUSA MAXIMINO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Outros

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Número do Sinistro: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 25/02/2018

CPF: 796.867.614-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 08/03/2019	Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS	Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 796.867.614-20	CPF: 130.358.237-66
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS	LUIZ FELIPE DOMINGOS

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180494728 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 79686761420
Posição em 23-11-2018 11:34:13
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Comprovação de ato declaratório	Vitima	Pendente	
➔ Outros	Vitima	Não Conforme	
➔ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
➔ Comprovante de residência NENHUM	Beneficiário	Não Conforme	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

RECEBIDO
26 FEV 2019
Seguradora Líder DPVAT

DE SEIS MESES

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/11/2018	Exigência Documental	
06/11/2018	Aviso de Sinistro	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.480.346

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/03/2015

NOME
<< CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA >>

FILIAÇÃO
<< >>
<< MARIA JOSÉ DOS SANTOS >>

NATURALIDADE
MULUNGU - PB

DATA DE NASCIMENTO
27/07/1976

DOC.ORIGEM << CC 7497 L 62 F 245 CART 1ºDIST
PAULISTA-PE 02.05.1997

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

215270411031007242.6250367 F-64 95.280 - 4023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-2

POLEGAR DIREITO

POLEGAR ESQUERDO

Cileide José Santos de França
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
898.701.234-49
Nome
CILEIDE JOSE SANTOS DE FRANCA
Nascimento
27/07/1976
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.452.643

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/04/2012

NOME
<< NICOLAS CALDAS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO
<< FLAVIO CALDAS DE FRANÇA >>
<< CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA >>

NATURALIDADE
OLINDA - PE

DATA DE NASCIMENTO
08/04/1999

DOC ORIGEM << CN 12.014 L "A" 29 F 08 CART. 3º
DIST. JUD. PAULISTA-PE 02.08.1999 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

E 02 M 01

POLEGAR DIREITO

NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
050.002.494-45

Nome
NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

Nascimento
08/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

celpe neoenergia

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

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS

CPF: 233.135.104-00

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV GILBERTO FREIRE 151 QUADRA C 3

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53439-155

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
443734569	ÚNICA	21/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/12/2018	2031011590	2398419

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1241805014	12/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
02/01/2019	21/01/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 101,64

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

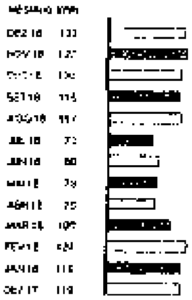
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	173,0000000	0,73875354	90,86
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			9,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 036 : 33464-20/10/18			0,72

TOTAL DA FATURA 101,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
[illegible]	CAT	21/11/2018	56.119,00	21/12/2018	56.442,00	30	1,00000		173,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	91,36	25,00	22,84
[illegible]	91,36	0,78	0,71
COFINS	91,36	3,61	3,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R$	28,85	31,58%
Transmissão	R$	4,37	4,87%
Distribuição (Celpe)	R$	19,97	21,86%
Perdas de Energia	R$	6,32	6,92%
Encargos Setoriais	R$	5,18	5,67%
Tributos	R$	26,85	29,39%
Total	R$	91,36	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,52158000

RESERVADO AO FISCO

8FA0.584A A763 A39C 0CBB DA1D.E803 DFD0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

---

TOTAL

TRANSAÇÃO	VALOR	CÓDIGO
ENERGIA	[redacted]	775104
ENERGIA	[redacted]	775106

TOTAL: [redacted]
RECEBIDO: [redacted]
TROCO: [redacted]

24DEZ2018 [redacted]
LOTÉRICA: [redacted]
TERMINAL: [redacted]

COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE MANEIDE SARAIVA BARBOSA

ASSINOU A ROGO DA VITIMA.

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

celpe
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco – CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005940-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE RONALDO DOS SANTOS

CPF 818 865 434-53

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV N SRA APARECIDA 77 A

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53400-000

CONTA CONTRATO	REFERÊNCIA
7001914469	07/2016

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2016	19/08/2016

TOTAL A PAGAR (R$): 14,79

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
002389181	ÚNICA	20/07/2016

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2016	2010330852	2341882

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atual(kWh)	30,00000000	0,46972450	14,51
Multa por atraso-NF 002356827 - 20/06/16			0,27
Juros por atraso-NF 002356827 - 20/06/16			0,01

TOTAL DA FATURA 14,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	[illegible]	[illegible]	20/07/2016	[illegible]	31	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

	Medido (kWh)
JUL/16	30
JUN/16	30
MAI/16	30
ABR/16	30
MAR/16	30
FEV/16	30
JAN/16	30
DEZ/15	30
NOV/15	30
OUT/15	60
SET/15	510
AGO/15	60
JUL/15	119

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	14,51	1,67	0,24
COFINS	14,51	7,75	1,05

Fatura não gerada no mês de [illegible] - Prazo de Disponibilidade Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010

TARIFA APLICADA

Classificação Tarifária
AF 34 AADC 37EB COUR F91A 05BF 6NF8 F42A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

COMPROVANTE ENDEREÇO DE NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

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

celpe
Grupo Neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0905943-98 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE ROSALDO DOS SANTOS

CPF 810.865.434-53

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV NSA APARECIDA 77 A

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53400-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
002308181	ÚNICA	20/07/2016

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2016	2010330852	2341892

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7001914469	07/2016

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2016	19/08/2016

TOTAL A PAGAR (R$) 14,79

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,000000	0,483730450	14,51
Multa por atraso-NF 002358827 - 20/06/16			0,27
Juros por atraso-NF 002358827 - 20/06/16			0,01

TOTAL DA FATURA 14,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
[illegible]	CAT	20/06/2016	454,00	20/07/2016	454,00	30	1,000000		0,0

HISTÓRICO DE CONSUMO

	Mês/Ano	Média (kWh)
JUL 16		30
JUN 16		30
MAI 16		30
ABR 16		30
MAR 16		30
FEV 16		30
JAN 16		30
DEZ 15		30
NOV 15		30
OUT 15		30
SET 15		118
AGO 15		97
JUL 15		117

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	14,51	1,87	0,27
COFINS	14,51	7,75	1,06

Tarifa aprovada pela Diretoria da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL, Resolução ANEEL [illegible]/2016

Consumo Ativo(kWh) — TRIBUTAÇÃO ESTADUAL — [illegible]

MENSAGEM DO FISCO
AF 34 NADC 37EB CCCAS FILIA 8:BF 6AFA F426

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
[illegible]

COMPROVANTE CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA
TESTEMUNHA

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

celpe neoenergia

NOTA FISCAL / FATURA / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF 796 867 614-20 NIS 12458810148

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV N SA APARECIDA 77

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53400-000

Nº GANGA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
044033021	ÚNICA	27/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/01/2019	2011253475	2341988

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7008246332	12/2018

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA
09/01/2019	21/01/2019

TOTAL A PAGAR (R$) 5,70

DESCRIMINAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Atvo até 30 kWh	30,00000000	0,18441765	5,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
MULTA por atraso NF 039R88468 21/11/18			0,11
Juros por atraso NF 039R88468 21/11/18			0,02
Atualização IGPM-NF 039R88468 21/11/18			0,01

TOTAL DA FATURA 5,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (DESTA NOTA FISCAL)

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2359594 (S)	CAT	21/11/2018	2,00	21/12/2018	2,00	30	1,00000		0,00

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	5,56	1,79	0,04
COFINS	5,56	7,61	0,20

Fator ajuste mínimo de reajuste Tarifário Homologado Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010

TARIFAS APLICADAS

Consumo atvo até 30 kWh 0,176 9850

REPRESENTAÇÃO FISCAL

D82C A31/ 0550 8C30 DUBA 9CB5 6HRF 7E37

DIRETRIZES IMPORTANTES

Pague na primeira data de vencimento. Não pagamos multa e juros. Ignore se a data de vencimento for anterior à data de emissão. Pagamento parcelado e validade: a entidade que recebe o pagamento deve informar o valor e a data de validade. Consulte www.celpe.com.br. Na data de leitura a bandeira em vigor da Conta Bandeiras é a informada acima. Consulte www.aneel.gov.br. Observe a data de vencimento e não contribua para o aumento da inadimplência. Consumidores individuais que em março de 2011 tiverem consumo total de energia elétrica acumulado de até 1.000 kWh, ou, a partir de 2012, consumo mensal de até 500 kWh, poderão ser beneficiados pela Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 26/04/02, R 110,89. O Selo é fiscalizado pela Receita Federal. Sua falsificação é crime. Em caso de atrasos no fornecimento de energia elétrica ou nos serviços de atendimento comercial. Em caso de atrasos no fornecimento de energia elétrica ou nos serviços de atendimento comercial, procure a Ouvidoria Celpe: 0800 81 2345 ou 0800 81 2345 (Deficientes Auditivos). Ligue para a Ouvidoria da ANEEL: 0800 61 2337 ou 0800 61 2337 (Deficientes Auditivos).

ATENÇÃO À CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

PRAZO 15 DIAS, VÉSPERA DO CORTE.

Vencido	Vencimento	Valor	Vencido	Vencimento	Valor
03/01/19	20/01/19	3,85			

Este comprovante NÃO substitui aviso de débitos anteriores e não compromete direitos em discussão judicial. Caso a empresa de transmissão por falta de luz no seu endereço, fornecimento poderá ocasionar o desligamento do consumidor, podendo ocorrer cobrança de juros e multas na fatura. Art. 99 RNCC Aneel. Poder ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos cadastros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Acompanhe sua fatura pela internet. Resolução ANEEL 414/2010, Artigo 98, prazo, condições, serviços oferecidos e tributos incidentes sobre a fatura, por e-mail, entre as unidades de atendimento e nas lojas www.celpe.com.br

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

[redacted]

[redacted] HORA DE [redacted]

LOT. [redacted] TERM 062079
LOCALIDADE: PAULISTA
AG. VINCULADA: [redacted]

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: [redacted]

898100000000 057000100/1
006246332106 205215509003

004-332370331-8

1ª VIA

NOME
VANEXIDE BARAIVA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE/ÓRG EMISSOR/UF
4291098 SSP PE

CPF
818.665.354-34

DATA NASCIMENTO
04/09/1974

FILIAÇÃO
VALDEMAR BARAIVA
BARBOSA
MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB
B

Nº REGISTRO
00791196277

VALIDADE
02/10/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/09/1994

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1221728054

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
22/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

88170464565
PE071599754

PADRÃO PLASTIFICAR

1221728054

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Número do Sinistro: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 25/02/2018

CPF: 796.867.614-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 08/03/2019 Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS CPF: 796.867.614-20	Data do cadastramento: 08/03/2019 Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS CPF: 130.358.237-66
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS	LUIZ FELIPE DOMINGOS