Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/03/2021

Número: **0038149-33.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/08/2020**
Valor da causa: **R$ 9.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (AUTOR)	**ELISANGELA ROSENDO DA SILVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76937964	15/03/2021 15:25	Microsoft Word - 2756245_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 28ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00381493320208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 11 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/03/2021

Número: **0038149-33.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/08/2020**
Valor da causa: **R$ 9.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (AUTOR)	**ELISANGELA ROSENDO DA SILVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76937965	15/03/2021 15:25	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/03/2021

Número: **0038149-33.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **17/08/2020**
Valor da causa: **R$ 9.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (AUTOR)	**ELISANGELA ROSENDO DA SILVEIRA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	**RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)**
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76937967	15/03/2021 15:25	ANEXO 2	Outros (Documento)

Seguradora LÍDER

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

Pag. 01117/01118 - carta_01 - INVALIDEZ

00020559

Carta nº 13548817

:

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

Pag. 00093/00094 - carta_02 - INVALIDEZ

00050047

Carta nº 14068297

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 796867614-20 /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.

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: 53 401 000

E-mail: | Tel.(DDD): 81-98520280 81-99645575 2

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 61545 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 JANEIRO 2020

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: CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA

CPF: 898707334-49

Assinatura

2ª | Nome: NICOLAS COLDAS DOS SANTOS

CPF: 050 002 494 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.

/001/2018

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
CREIDE JOSE DOS SANTOS
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:46:41
Em test. _____ de verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.FPE01201908.01514 Válido somente com o selo.

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloidigital

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. _____ de verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.AJZ01201908.01511 Válido somente com o selo.

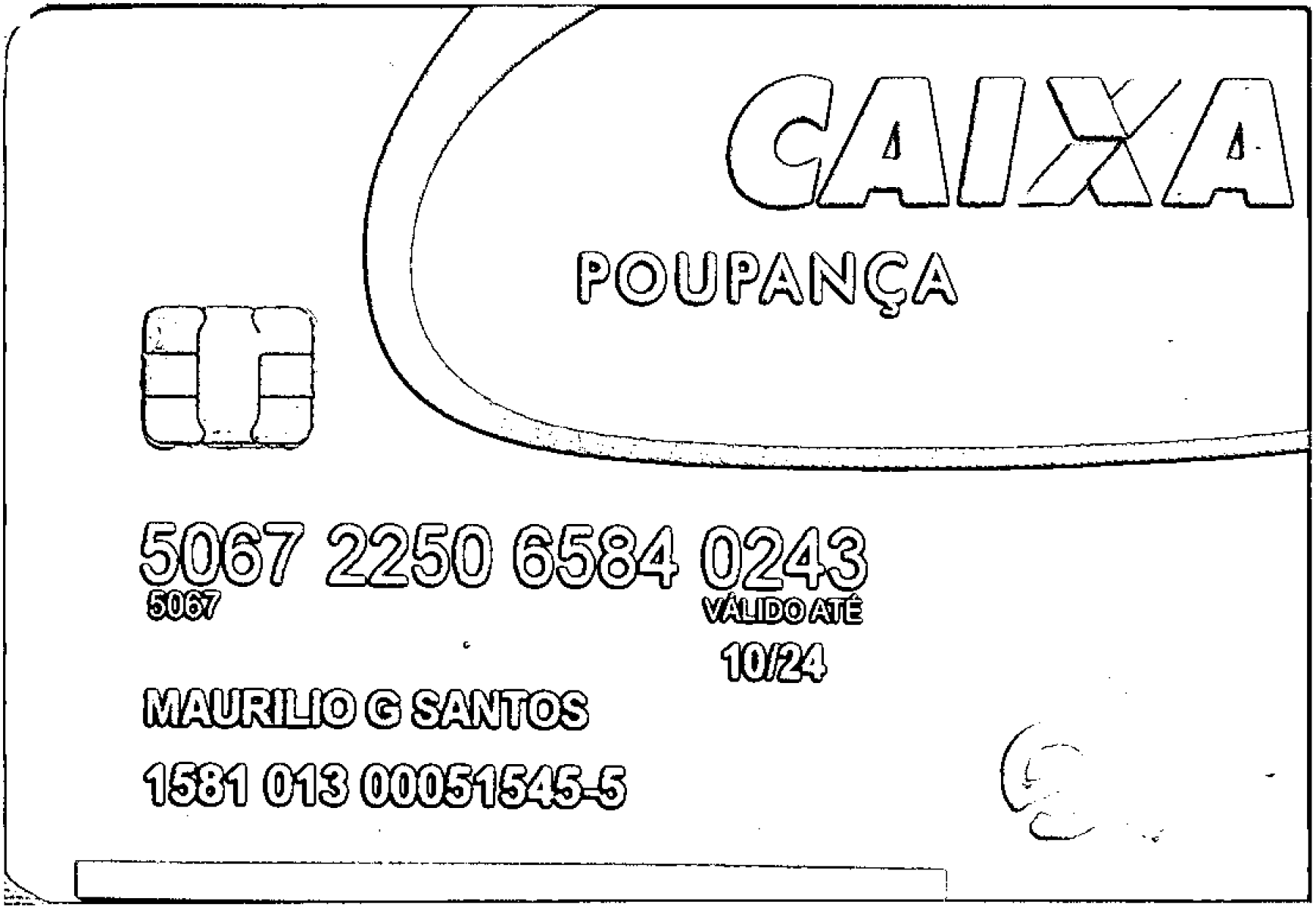
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloidigital

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

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
VANEIDE SARAIVA BARBOSA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 09:45:33
Em test. _____ de verdade.
Karla Nascimento de Souza (Escrevente Autorizada)
Emol.: R$ 3,51 Taxa: R$ 1,28 Total: R$ 4,79 Selo Digital:
0077446.YMS01201908.01512 Válido somente com o selo.

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/seloidigital

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



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

INV

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

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

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 POLICIVIAL 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

28/08/2018 1

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

Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Comprovacao de ato declaratorio

Nº Atendimento: 980442

Nome: Manoel Graciliano dos Santos

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

Diagnóstico Provável: Trauma

Paciente refere que foi atropelado enquanto atravessava calçada

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

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

celpe neoenergia

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

NOTA FISCAL / FATURA — DANFE DA 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. 0005941-85 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF 796 887 614-20 NIS 12458910146

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
000153728	ÚNICA	18/02/2018

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

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV N SA APARECIDA 77

JANGA/JANGA
PALLISTA PE
53400-000

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 30 kWh	30,0000000	0,16853113	5,05
Multa por atraso-NF 002450587 - 21/12/2017			0,11
Juros por atraso-NF 002450587 - 21/12/2017			0,03
Atualização IGPM-NF 002450587 - 21/12/2017			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)
2131189910	CAT	18-01-2018	7,00	18-02-2018	9,00	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	0,67	0,03
COFINS	5,00	3,09	0,13

Fatura isenta de cobrança de Iluminação Pública - Lei Municipal 18.236/2010

Consumo Ativo (kWh) 30 kWh 01641700

37CT 8123 358A 3EDA SABE DA2C 3EDE FAE2

Comprovante de residência

HRT Hospital do Tricentenário | SUS | Pernambuco | OLINDA

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

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

Médico

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurílio Gaciliano dos Santos REG: 112231
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
03/03/18	# Cir. Geral II
20:00	
	4ºDPO LE + ileostomia com peritonite
	fecal
	Paciente deixou entrar vermelho por
	mora clínica. TC descartou TEP.
	Ao exame:
	Eupneico, sonolento, consciente,
	desorientado
	FC: 120 bpm.
	Abdome flácido, doloroso difusamente,
	com descompressão brusca dolorosa.
	FO ileo e limpa.
	MV + em AUT S/RA. Sat. 100% em Vent 50%.
	# Cd: 1) manutenção 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
03/03/18	Nota Operatória
23:00	Pcte submetido a LE com achado
	de líquido turvo e vazamento de
	raça de alça delgada.

Realizado ileostomia e TC.
Cd: 1) ↓ UTI. 2) Dieta zero
3) tazocin

Dra. Cecília Lima Cirurgia Geral CRM-PE 21.254

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurilia Conceição dos Santos REG:
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	
02/03/17	#P.G.#
19:50	Intercorrência
	Paciente apresenta dispnéia quando se levanta para sentar. Usa dois oxi bol - intermitente.
	FR: 132 bpm SaO2: 92% (Ventilação 50%)
	PA: 110x90 mmHg FR: 42 IRPM.
	Ausculta: Parcialmente limpos.
	MV ↓ em base de HTE.
	HD: TEP? (mesmo com heparina)
	Ed: Sol. ~~antiag.~~ TAE de Tomar com protocolo para TEP - A nota vermelha.
	Sóstenes Rabelo Gomes Cirurgião Geral e Urologia CRM-PE: 18.325
02/03/17	#P.G.#
19:30	Realizado TAE que descartou TEP MACIÇO. Na verdade provável discreto TEP segmentar. Diminuição das ondas de condução [illegible] e discreta alteração [illegible]. Ed: TROCO ATB por TAZOCIN

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

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

NADO
16/03/18

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

CH 3-28

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES
2 - CNES: 6431669

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES
4 - CNES: 6431669

AIH 4180.04

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: CIRÚRGICA
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 24120 — 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 do Conselho): Dr. Guilherme Nogueira 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	• Sog, ♂ • Em uso: dipirona (D1: 02/03/18).
	• HD: ① 7º DPO de LE + enterectomia
	+ ileostomia + PM + TC
	② 10º DPO de LE + ruptura de
	íleo + LC sec. a hérnia abdo-
	minal incisional com hemoperitônio.
	- Achado 1: líquido turvo e vaza-
	mento de restó de delgado.
	- Achado 2: Grande quantidade de
	fezes nos 4 quadrantes, lesão de
	mesentério + íleo.
	• DE: DPA: 120x60 / 130x70 / 120x70 / 130x80
	Dextro: 110 (7h) / 149 (8h). Diurese 1300ml/24h
	FC: 80-92bpm / FR: 18-20ipm.
	SI distermias. Ileostomia 600ml/24h.
	• JS: Paciente refere melhora clínica,
	refere apenas leve incômodo na ileostomia.
	Nega outras queixas.
	• EF: BEG, consciente, orientado, normocorado,
	hidratado, anictérico.
	- AR: MV+ em AHT, S/RA. FR = 24ipm.
	- ACV: RCR em 2T, BNF 1/1. FC = 96bpm.
	- Abd.: Plano, depressível, indolor, RHA+
	- Ileostomia: saída de fezes pastosas.
	• CD: ① Manhã: ATB, avaliar drenagem (D10 a D14).

Dra. Bruna Verpaciano

Dr. Felipe Machado
Médico
CRM-25796

+ Médico assistente.

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurílio Gracliano dos Santos REG: 112431
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO: 413-4

DATA/HORA	
09/03/18	56a #CG#
8h	# HD: 1) 6°DPO LE + enterotomia segmentar +
	colostomia + fístula mucosa + TC
	2) 9°DPO LE + rafia de cólon + LC por trauma
	abdominal fechado c/ hemoperitônio
	• Achado 1: Grande quant. de líquido nos 4 quadrantes, mais
	do mesentério e direito
	• Achado 2: Liq. turvo c/ vazamento de material de digestão.
	# Emese: Pipa - tampo DB + Sintomáticos
	# DE: PA 130 120 120 120 / 70 70 80 70 HGT 43 - 95 - 106 - 93
	diversos ϕ
	Fezes 1800/24h Diurese 900 mL/24h
	# Perda sangue quente. Relato sem aceitação da
	alimentação.
	# EF: EGB, lúcido, orientado, hidratado
	• ACV: RCR em 2T, BNF s/SO FC: 100
	• AR: MV ϕ a AH + s/RA FR: 24
	• Abd: plano, depressível, indolor, RHA(+)
	• Colostomia: c/ saída de fezes pastosas, c/ vazamento da bolsa
	*Cp: • Mesma dieta
	• Mantenha ATB até D10
	Guilherme da Conti Cirurgião CRM 19781

PERNAMBUCO
GOVERNO DE ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

DATA/HORA	# C Coff 56a
11/03/18 9h	• HD: ① 8º DPO gastrosquise + laparotomia + FM + TC ② 11 DPO de LG + parada do íleo (TAF) • em uso TAZOCIN 4g, ovoxa, [illegible] 6/6/6h • Dieta diversa 1500 l LOP = 300 +?? • Paciente nega dor abd, febre, náuseas, gastrenterites. Aceita bem dieta hamburguer • Ao exame: BEG, orientado, ativo, corado, hidratado, afebril, sí ósmos. Abd: flácido, laparose, bom ósmos. FC = 90bpm Dra. Alice Nogueira

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:____ REG:________

CLÍNICA:__________________ ENFERMAGEM:______________ LEITO:________

DATA/HORA	

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ALTA DA UTI – LEITO 25

Nome: Maurílio Gradiliano 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
Barbara Mariana dos Santos
Médica
CRM-PE 5[illegible]

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ADMISSÃO – LEITO 25

Nome: Maurílio 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 Cervalho
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 24126

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

Simone Lima
Médica
CRM-PE 34.[illegible]

Governo de Pernambuco — Hospital Miguel Arraes — IMIP Hospitalar

Serviço de Cirurgia Geral

Nome: Maurilio Graciliano dos Santos
Registro: 11 2731
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: _____

[illegible] CEP: 53400-000 Paulista-PE

PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO — HOSPITAL MIGUEL ARRAES — IMIP Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurílio Jocilvano dos Santos REG: 112731

CLÍNICA: Cirúrgica ENFERMAGEM: 413 LEITO: 04

DATA/HORA	#CG A
08/03/18	MAOC, 56a.
7:45	HD: ① 5º DPO de LE + enterectomia segmentar + ilostomia + fístula mucosa + toilet cavitário.
	② 8º DPO LE + rafia de íleo + lavado cavitário sec a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitônio
	Achado ②: peritonite fecal secundária 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-Taze
	- Sintomatica.
	PA: 110/70, 130/80, 120/70 FC = 86-90 Temp - 36.
	FR = 19-20
	Ilostomia = 500ml
	Diuro = 900ml
	Pct refere dor na ilostomia.
	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 Nogueira CRM-PE 576

UTI 3 – ALTA

Nome: Maurílio 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 + fístula mucose + 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 + fístula 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 **Nome do Pai:**
Estado Civil: SOLTEIRO **Nome do Médico:** PLANTONISTA CIRURCIA GERAL **CRM:** 12347
Endereço: RUA SAO MARCOS – 56 **Bairro:** JANGA
Cidade/UF: PAULISTA PE **Usuário Atendimento:** DARLIANESL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

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

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 01:11h.

Queixa Principal

[illegible]

Exame Fisico

[illegible]

Hipotese Diagnostico

[illegible]

Prescrição Médica

[illegible]

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 retorna c/ atendimento por
conta que piorou em seu estado e
em estado dos sintomas.
Tem encontrado de hosp. Tu contínua onde
USG anterior de líquido livre.
Bg empolada, corada, corada pelada, cefaléia
bom plano, depressível, indolorosa à palpação
S.P. PC= 68bpm. FR=14ipm.
1) Agendar realizar TC de Abdome c/contraste
2) Sol. Hb/Ht.

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

7H04R8 TC abdome: hemopneumo-peritônio
08W CD: A SO Hb 14,7 Ht 45
Solicito RS

Dr. Danilo Vasconcelos
Medicina
CRM-PE 24128

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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

ME: Maurício Gonçalves Dos Santos REG: 117731
NICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	# C Cff 86a
11/03/18 9h	• HD: (1) 8º DPO ortognática + liposcopia + FM + TC (2) 11 DPO de LG + Ref. + Dreno (TAF) • em USO TAZOCIN Dg, OMOXA, Loratadina Dg/DIA • DEB Diurese 150ml/h BP = 300+?? • Paciente NEGA Dor ABD, Febre, Náuseas, Sangramentos. Aceita Bem Dieta Domiciliar • Ao exame: BEG, orientado, ativo, corado, hidratado, afebril, sí odemas: ABD: Flácido, Doloroso, Sem odemas. FC = 90bpm CD: (1) Alta Hospitalar

PERNAMBUCO
GOVERNO DE ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

DATA/HORA	#CC+#
10/03/18	• 56a, ♂ *Em uso: dipe-tazo (D1: 02/03/18).
	• HD: ① 7º DPO de LE + enterectomia
	+ ileostomia + FM + TC
	② 10º DPO de LE + rafia de
	íleo + LC s/c a trauma abdo-
	minal fechado com hemoperitônio
	- Achado 1: líquido turvo e vaza-
	mento de refluxo 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, eupneico ao toque.
	- AR: MVUA em AHT, S/RA FR = 24ipm.
	- ACV: RCR em 2T, BNF s/s FC = 96bpm.
	- Abd.: Plano, dimensível, indolor, RHA⊕
	- Ileostomia: saída de fezes pastosas.
	• CD: ① Manutenção ATB, avaliar manutenção (D10 a D14?).

Dra. Bruna Vespaciano

Dr. Felipe Machado
Médico
CRM 25796

+ Médico assistente.

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Marcília Graciliana dos Santos REG: 112931
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO: 913-4

DATA/HORA	56a #CG#
09/03/18	#HD: 1) 6°DPO LE + enterostomia segmentar +
8h	ileostomia + fístula mucosa + TC
	2) 9°DPO LE + rafia de íleo + LC sec. trauma
	abdominal fechado c/ hemoperitônio
	• Achado 1: Grande qtde de fezes nos 4 quadrantes, fezes
	de aspecto e de íleo
	• Achado 1: lig. tumor c. vazamento de rafia de delgado.
	#Em uso: • Pipe-tazo DB + Sintomáticos
	#DE: PA/ 130 120 120 120 HGT 43-95-106-93
	70 70 80 70 diuremia ϕ
	Fezes 1800/24h Diurese 900 mL/24h
	#: Recebe vaga gerida. Relato sem excitação da
	eliminação.
	#EF: EGBEG, corado, orientado, hidratado
	• ACV: RCR em 2t, BNF s/SO FC: 100
	• AR: MVUD em AHT s/RA FR: 24
	• Abd: plano, depressível, indolor, RHA(+)
	• Ileostomia: c/ saída de fezes pastosa, c/ vazamen
	to da bolsa
	#Cp: • Prosseguir dieta
	• Manter AB até D10
	Guilherme Da Conti Cirurgião CRM 19781

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Professor Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Manuelio Gonçalves
CLÍNICA: ENFERMAGEM: REG: 112231
LEITO:

DATA/HORA	
	HEMGERM
27/2/18	Paciente com CGR com h. auditiva sensorial, Ayta Zero, HRIP, CRO
	CA. A. BG
	Dra. Lívia Felipe CRM-PE 31041
07/02/18 14:30	# P. Geral - Neto neonatologia#
	Pct submetido a LE com achado de perfuração fecal secundário a lesão ileal a origem do Meckel. 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: 24122

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

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Mauzilio Graciliano dos Santos REG: 112731
IDADE: 56 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 27/02/18 DATA DA ALTA 12/03/18
DIAGNÓSTICO: (1) Trauma Abdominal Fechado

TRATAMENTO REALIZADO:

8/03 LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fístula mucosa + toilete cavitário.
10/03 Rafia do íleo + LC dia a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitônio.

ORIENTAÇÃO:
- Ressolver ileopsia
- Isoniazida (16 mg/d)

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ( )
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 28/03/18 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.

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

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

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**

[redacted]

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 SEGURADORA

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 02.05.1957

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

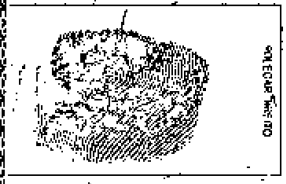
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

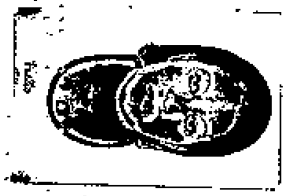
215127041103100242.6250357 F-64 95.280 - 4023

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-2





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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.452.643 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/04/2012

NOME
<< NICOLAS CALDAS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO
<< FLAVIO CALDAS DE FRANÇA >>
<< CILEÍDE 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

REPÚBLICA 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 PORTADOR

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

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. 0905943-93 | 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 154 QUADRA C 3

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53439-155

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1241805014	12/2018

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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
143734669	ÚNICA	21/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/12/2018	2001011590	2338419

TOTAL A PAGAR: 101,64

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

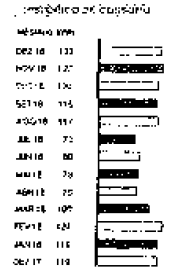
	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	123,00000000	0,73075354	90,06
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,90
Contrib Ilum Pública Municipal			9,50
ICMS Subvenção-CDF-NF 036 / 33464-2201/018			0,72

TOTAL DA FATURA 101,64

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	21/11/2018	55.319,00	21/12/2018	55.442,00	30	1,00000		123,00

HISTÓRICO DE CONSUMO



INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	91,36	25,00	22,84
PIS/PASEP	91,36	0,78	0,71
COFINS	91,36	3,61	3,29

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração na Energia	R$	28,65	31,38%
Transmissão	R$	4,37	4,79%
Distribuição(Cotas)	R$	19,57	21,43%
Perdas na Energia	R$	6,72	7,36%
Encargos Setoriais	R$	5,18	5,67%
Tributos	R$	26,85	29,39%
Total	R$	91,34	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh) 0,57158530

RESPONSÁVEL FISCAL

9FAU.584A.A783.A3KK.0CBB.DA1D.EB01.CFD0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento conforme a partir da vencimento, por [illegible] Lei 11.291 e Lei 9.427 e Resolução Normativa ANEEL 414/2010, [illegible] serviços prestados à Distribuição e encontram-se disponíveis, para consulta, em todas as unidades de atendimento da Neoenergia e no site www.celpe.com.br

TOTAL

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

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

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

COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE MARIA DE SATIVA BARBOSA
ASSINAR A ROGO DA VITIMA.

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. 0405940-00 | 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 NSA SRA FELICIDADE

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53400-000

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

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

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA AVALIAÇÃO
20/07/2016	2010320852	2341992

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00000000	0,48972450	14,69
Multa por atraso-NF 002356827 - 20/06/16			0,07
Juros por atraso-NF 002356827 - 20/06/16			0,03

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)
31508571	CAT	20/06/2016	456,00	20/07/2016	456,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês/Ano 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	1,63	0,23
COFINS	14,51	7,50	1,08

Fatorado pelo mês de Jun - Fluxo de Desembolsado - Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010

VARIAÇÃO DO CONSUMO

INFORMAÇÕES DO PONTO
AF 34 AADC 32EB CDUR F9TA 8S8F 6NFA F42A

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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. 0905943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE RONALDO DOS SANTOS

CPF 810.865.434-53

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV NISSA APARECIDA, 77 A

JANGA/JANGA
PAULISTA-PE
53400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONOFÁSICO

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7001914469	07/2016

DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
27/07/2016	18/08/2016

TOTAL A PAGAR (R$) 14,79

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

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
20/07/2016	2010300857	2341892

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)	30,000000	0,483724450	14,51
MULTA por atraso-NF 002358871 - 20/06/16			0,27
Juros por atraso-NF 002358871 - 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)
31329983	CAT	20/06/2016	434,00	20/07/2016	434,00	30	1,000000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês/ano 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	1,67	0,27
COFINS	14,51	7,75	1,06

Fundamento Legal/Normativo de Isenção
Convênio de Desconto Subsidio
Artigo 28, Resolução ANEEL 414/2010

TRIBUTAÇÃO ELEVADA

Consumo Ativo(kWh)

DESCRIÇÃO DO FATURA
AF 34 KADC 37E8 DCD4 F81A F85F 6AFA F42e

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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. 0005943-90 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF 790 867 614-20 NIS 12438810148

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV N SA APARECIDA 77

JANGAJANGA
PAULISTA PE
53400-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7006246332	12/2018

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

TOTAL A PAGAR (R$) 5,70

Nº GANGA FISCAL	SÉRIE	Emissão
044033331	ÚNICA	13/12/2018

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
02/01/2019	2011253475	2341868

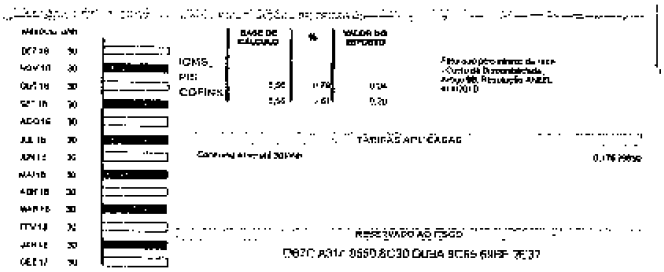
DESCRIMINAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,18441265	5,53
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,03
MULTA por atraso NF 039888468 21/11/18			0,11
Juros por atraso NF 039888468 21/11/18			0,02
Atualização IGPM NF 039888468 21/11/18			0,01

TOTAL DA FATURA 5,70

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO (DEMANDA 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]	2,00	[illegible]	2,00	30	1,00000		0,00



	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO ESTORNO
ICMS			
PIS	5,56	0,76	0,04
COFINS	5,56	3,61	0,20

Fator autorizado mínimo de ICMS - Virtude da Demandabilidade Art. 98, Resolução ANEEL 414/2010

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh 0,176 99850

RESERVADO AO FISCO

DB7C A31C 9660 8C30 D4BA 9C86 6BBF 3E37

ATENÇÃO À TELEFONIA: CELPE INFORMA QUE VOCÊ PODE SOLICITAR LIMITADOR

PRAZO MÁXIMO 15 DIAS, DEFEITOS EXISTENTES CAUSADOS AO CLIENTE.

Vencimento	Período de Apuração	Valor	Motivo	Observação	Valor
03/01/19	20/01/19	3,85			

Este comprovante NÃO substitui aviso de débito automático e NÃO comprova débitos anteriores e futuros.
Caso o pagamento do mês corrente por meio de débito automático não tenha sido efetuado, o cliente deve providenciar o pagamento sem incidência de multa e juros.
Para informações, acesse: 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]

83810000000 057000100071
00624633210G 205215509003

004-332370331-8

1ª VIA

NOME
VANEIDE BARAIVA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG EMISSOR / UF
4291098 SSP PE

CPF: 818.865.354-34
DATA NASCIMENTO: 04/09/1974

FILIAÇÃO
VALDEMAR BARAIVA BARBOSA
MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS

PERMISSÃO: [redacted]
ACC: [redacted]
CAT. HAB: B

Nº REGISTRO: 00797196277
VALIDADE: 02/10/2019
1ª HABILITAÇÃO: 30/09/1994

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: RECIFE - PE
DATA EMISSÃO: 22/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

68170464565
PE071599754

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1221728054

PROJETADO PLASTIFICAR
1221728054

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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

Data da entrega: 08/03/2019
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
CPF: 796.867.614-20

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

LUIZ FELIPE DOMINGOS