



ESTADO DE PERNAMBUCO



Pernambuco de 1888

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0114006676**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2017** às **11:22****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **2/5/2017** às **11:00**Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL -**Ponto de Referência: **PROXIMO A TENDE TUDO**Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

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

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

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DALILA FARIAS DE MELO Pai: NA DECLARADO Data de Nascimento: 28/3/1994 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: 986008938

Endereço Residencial: **RUA SUMARE, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEE5330 (PERNAMBUCO/OLINDA)**Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

RECIEF-PF

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA O MSMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NO SENTIDO OLINDA / RECIFE E O CONDUTOR DO VEICULO DESCONHECIDO TAMBEM IA NO MESMO SENTIDO E AO TRACAR DE FAIXA COLIDIU NA TRAZEIRA DA MOTOCICLETA DA VITIMA QUE FOI AO SOLO POR VOLTA DAS 11:00HS E SÓ FOI SOCORRIDO AS 13:12HS POR UMA UNIDADE TATICA DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES E FICOU AOS CUIDADOS DA MEDICA MARIANA CAVALCANTI CRM Nº 24973,

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

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ÉVALDO RIBEIRO DO NASCIMENTO - MAT 159821-D**

Fechar Janela

Imprimir

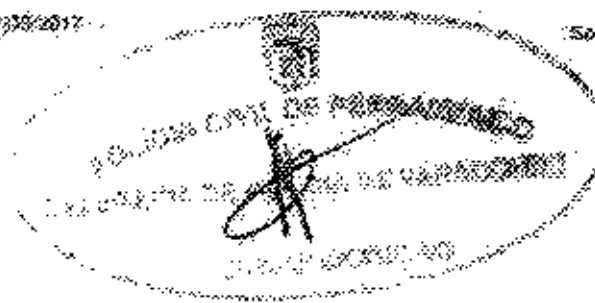
05.802.494/0001-00
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 A60. 2017

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

22/08/2017

Secretaria de Defesa Social - INDEPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0114006676

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/08/2017 às 11:22

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Deloso (Consumado) que aconteceu no dia 2/5/2017 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1 - Bairro: JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Ponto de Referência: **PROXIMO A TENDE TUDO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO / AUTOR / AGENTE
DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DALILA FARIAS DE MELO Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 28/01/1994 Nacionalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: 995008020

Endereço Residencial: **RUA SUMARE, 41 - CEP: 55080-000 - Bairro: JATOBÁ - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA CB300R** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Placa: **PEE5330 (PERNAMBUCO/OLINDA)**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/08/2017

VEICULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Boa Vista - CEP: 50100-000
RECIFE-PF

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATA A VITIMA O MESMO ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA NO SENTIDO DA RECHER E O CONDUTOR DO VEICULO DESCONHECIDO TAMBEM IA NO MESMO SENTIDO E AO TRACAR DE FAIXA COLISOU NA TRAZEREA DA MOTOCICLETA DA VITIMA QUE FOI AO SOLO POR VOLTA DAS 11:00HS E SO FOI SOCORRIDO AS 13:12MS POR UMA UNIDADE TATICA DO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS E FICOU NOS CUIDADOS DA MEDICA MARIANA CAVALCANTI CRM N° 24973,

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

DANIEL LUCAS SAMPAIO FARIAS DE MELO

(VITIMA)

S.O. registrado por EVALDO HENRIQUE MASCIMENTO - MAT 159521-0

Procurador Especial

Interpretador

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 9190218L-C

Boa Vista - CEP 50060-010

REC.FF-2F

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, portador da carteira de identidade nº 8.594.169 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098.440.734-05, residente e domiciliado na RUA SUMARE, N-41, JATOBA - CEP: 53.250-531, Cidade OLINDA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há 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.

Daniel Lucas Sansão Farias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

OLINDA, 23 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, DANIEL LUCAS SPINHO FARIAS DE MELO, portador da carteira de identidade nº R.594.164 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.440.734-05, residente e domiciliado na 2ª A. SUMARE, N.º 41, JATOBA, CEP: 53.250-531, Cidade OLINDA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há 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 e 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.

Daniel Lucas Spinho Farias de Melo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

OLINDA, 23 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

75.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO



Certidão nº 2017APH001167 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8594169 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.440.734-05, residente à RUA SUMARE, nº 00041, JATOBA, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 13:12 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CB 300R VERMELHA PEE5330-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, inscrito sob o CPF nº 098.440.734-05 e Registro Geral nº 8594169, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) 710358-1 ADELMO. Foi transportado(a) para o MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 72590. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 14/08/2017

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

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001167

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

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-80

05.802.494/0001-4 -
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABO. 2017

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO



CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001167 Div. Op.

Com fundamento no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª), DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, 23 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8594169 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.440.734-05, residente à RUA SUMARE, nº 00041, JATOBÁ, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/05/2017, por volta das 13:12 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, S/N, OURO PRETO OLINDA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/CB 300R VERMELHA PEE5130-PE, no(a) qual fora vítima(o) o(a) Sr(ª) DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, inscrito sob o CPF nº 098.440.734-05 e Registro Geral nº 8594169, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) 710358-1 ADELMO. Foi transportado(a) para o MIGUEL ARRARES, Registrado(a) com o prontuário nº 72590. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / OBAFH.

Assinada em 14/08/2017

A validade desta certidão não será confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site: <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2017APH001167

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

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 06.338.773/0001-44

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000041827-0

Nr. da Autenticação 4BA3B66743EE1321



Fatura Mensal

(Página: 02/02)



Cartão 4:

GILBERTO BARBOSA CANDIDO
RUA UMBUZEIRO 58
BULTRINS
53320-200 OLINDA PE

Data 08/07 Descrição Saldo Anterior

Movimentações Naci
GILBERTO B CANDIDO
24/08 ANUIDADE DIFERENCIAL
08/07 TARIFA DE PAGAMENTO
28/07 DÍVIDA FAMILIAR FARM
08/07 IOF TRANS PARCELADA
GILBERTO B CANDIDO
08/07 CONTA COMIGO PARCE
28/04 COMPRA PARCELADA CI
28/08 COMPRA PARCELADA C
03/07 PAGAMENTO RECEBIDO
TOTAL NACI



CARTÃO C&A VISA INTERNACIONAL
Vencimento 08/08/2017
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 26/08

Central de Atendimento BradesCard
REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITALS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Crédito	Saldo R\$ 0,00	Parcelado* R\$ 0,00		
Compras R\$ 500,00			% a.m.	% a.o.
Juros Remuneratórios			9,39%	193,58%
Crédito rotativo			7,90%	149,03%
Parcelado taxa			7,90%	149,03%
Parcelado loja			9,39%	193,58%
Retirada/saque em			9,39%	193,58%
Parcelamento da fatura				
ii Ser cobrada taxa de até R\$ 18,00 por operação.			2,00% a.m.	
* Multa			1,00% por mês	
* Juros da mora			19,99% a.m.	
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 19,99% a.m. CET ao ano 360,03%.				
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Clássico (0,0082%).				

Juros da(s) Parcela(s) de Car
Juros da(s) Parcela(s) de Sai
Juros da Fatura Parcelada/P

Saldo Anterior (R\$)	Crédito a Pagamento	Débitos	Total Nacional
231,95	-	232,00	135,41
Saldo Internacional (US\$)	Cotação Dólar	Data da Cotação (US\$)	Total Internacional
0,00	*	0,00	0,00

A partir de 03/04/2017, toda vez que precisar financiar o valor da fa
por mais de 30 dias, o BradesCard oferecerá a você uma melhor opção d
Parcelado Fácil. Sua taxa de rotativo será 9,39% a.m..

Os impostos incidentes sobre as operações contratadas, conforme a legislação em vigor (inclusive IOF) poderão i
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o Cliente deverá arcar com as taxas e encargos apor
valor total e o valor pago. Optando pelo pagamento do valor mínimo serão cobrados encargos contratuais de at
integralmente até o vencimento da fatura subsequente, será parcelada.

35.802.494/0001-42
THAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu DANIEL LUCAS SANCÃO FARIAS DE MELO

RG nº 8.594.169, data de expedição 16/10/2013 Órgão SBS-PE

CPF nº 098.440.734-05 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>RUA SUMADE</u>
Número	<u>41</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Beiró	<u>JATOBA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.230-531</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 98611-3330 819.67357014</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data OLINDA, 23 de Agosto 2017

Assinatura do Declarante Daniel Lucas SANCÃO FARIAS DE MELO

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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

Partners:



14-00000

DAHL & KARAS DE MELO
R. SIBANE 61
CS - JATIBA
53250-531 OLINDA - PE



Puzosana: 25/03/2017
 Puzosana: 25/03/2017
 Puzosana: 25/03/2017

Resumo da Natureza dos Riscos

Total des dépenses de l'année	2 267,14
Régularisations : décaissements	(82,19)
Solde fin d'exercice	(13,98)
Cases non concernées	208,77
Total des cas concernés	2 060,17

DALILA FARRAS DE MELO
5278 KENY KENY 4612

03/08/2017	208,27	34,50	24 X 20,24	Não Disponível
------------	--------	-------	---------------	----------------

1. The first step is to identify the problem. This involves understanding the current situation and the goals that need to be achieved.

Limite de credito R\$

Machine total of 171,500	171,500
Machine to be sold for cash	171,500
Depreciate the machine (171,500 / 10)	17,150
Machine to be sold for cash	171,500

Locomotiones corporales e singulas

041895 DEB 10 0000 0012
1074 156324 100 110

COPIES OF RECORDS
PAGE 1

Expenditures for 1964

DATA 1-2-63 11:20:23 AM

2023年12月28日

~~CONFIDENTIAL - NO FORN DISSEM~~

~~CONFIDENTIAL - SECURITY INFORMATION~~

13/06 11:03:48 123456789012

Leptopoda gossypii
Kasaneer de vinfika zentropo
anika gossypii: bua gossypii

Quercus S.A. 241-7 34191.75541 03701.07321 50451.330003 4000

1. NAME _____
 2. ADDRESS _____
 3. CITY _____
 4. STATE _____
 5. ZIP _____
 6. PHONE _____
 7. DATE _____
 8. SIGNATURE _____
 9. PRINT NAME _____
 10. PRINT ADDRESS _____
 11. PRINT CITY _____
 12. PRINT STATE _____
 13. PRINT ZIP _____
 14. PRINT PHONE _____
 15. PRINT DATE _____
 16. PRINT SIGNATURE _____
 17. PRINT NAME _____
 18. PRINT ADDRESS _____
 19. PRINT CITY _____
 20. PRINT STATE _____
 21. PRINT ZIP _____
 22. PRINT PHONE _____
 23. PRINT DATE _____
 24. PRINT SIGNATURE _____
 25. PRINT NAME _____
 26. PRINT ADDRESS _____
 27. PRINT CITY _____
 28. PRINT STATE _____
 29. PRINT ZIP _____
 30. PRINT PHONE _____
 31. PRINT DATE _____
 32. PRINT SIGNATURE _____
 33. PRINT NAME _____
 34. PRINT ADDRESS _____
 35. PRINT CITY _____
 36. PRINT STATE _____
 37. PRINT ZIP _____
 38. PRINT PHONE _____
 39. PRINT DATE _____
 40. PRINT SIGNATURE _____
 41. PRINT NAME _____
 42. PRINT ADDRESS _____
 43. PRINT CITY _____
 44. PRINT STATE _____
 45. PRINT ZIP _____
 46. PRINT PHONE _____
 47. PRINT DATE _____
 48. PRINT SIGNATURE _____
 49. PRINT NAME _____
 50. PRINT ADDRESS _____
 51. PRINT CITY _____
 52. PRINT STATE _____
 53. PRINT ZIP _____
 54. PRINT PHONE _____
 55. PRINT DATE _____
 56. PRINT SIGNATURE _____
 57. PRINT NAME _____
 58. PRINT ADDRESS _____
 59. PRINT CITY _____
 60. PRINT STATE _____
 61. PRINT ZIP _____
 62. PRINT PHONE _____
 63. PRINT DATE _____
 64. PRINT SIGNATURE _____
 65. PRINT NAME _____
 66. PRINT ADDRESS _____
 67. PRINT CITY _____
 68. PRINT STATE _____
 69. PRINT ZIP _____
 70. PRINT PHONE _____
 71. PRINT DATE _____
 72. PRINT SIGNATURE _____
 73. PRINT NAME _____
 74. PRINT ADDRESS _____
 75. PRINT CITY _____
 76. PRINT STATE _____
 77. PRINT ZIP _____
 78. PRINT PHONE _____
 79. PRINT DATE _____
 80. PRINT SIGNATURE _____
 81. PRINT NAME _____
 82. PRINT ADDRESS _____
 83. PRINT CITY _____
 84. PRINT STATE _____
 85. PRINT ZIP _____
 86. PRINT PHONE _____
 87. PRINT DATE _____
 88. PRINT SIGNATURE _____
 89. PRINT NAME _____
 90. PRINT ADDRESS _____
 91. PRINT CITY _____
 92. PRINT STATE _____
 93. PRINT ZIP _____
 94. PRINT PHONE _____
 95. PRINT DATE _____
 96. PRINT SIGNATURE _____
 97. PRINT NAME _____
 98. PRINT ADDRESS _____
 99. PRINT CITY _____
 100. PRINT STATE _____
 101. PRINT ZIP _____
 102. PRINT PHONE _____
 103. PRINT DATE _____
 104. PRINT SIGNATURE _____
 105. PRINT NAME _____
 106. PRINT ADDRESS _____
 107. PRINT CITY _____
 108. PRINT STATE _____
 109. PRINT ZIP _____
 110. PRINT PHONE _____
 111. PRINT DATE _____
 112. PRINT SIGNATURE _____
 113. PRINT NAME _____
 114. PRINT ADDRESS _____
 115. PRINT CITY _____
 116. PRINT STATE _____
 117. PRINT ZIP _____
 118. PRINT PHONE _____
 119. PRINT DATE _____
 120. PRINT SIGNATURE _____
 121. PRINT NAME _____
 122. PRINT ADDRESS _____
 123. PRINT CITY _____
 124. PRINT STATE _____
 125. PRINT ZIP _____
 126. PRINT PHONE _____
 127. PRINT DATE _____
 128. PRINT SIGNATURE _____
 129. PRINT NAME _____
 130. PRINT ADDRESS _____
 131. PRINT CITY _____
 132. PRINT STATE _____
 133. PRINT ZIP _____
 134. PRINT PHONE _____
 135. PRINT DATE _____
 136. PRINT SIGNATURE _____
 137. PRINT NAME _____
 138. PRINT ADDRESS _____
 139. PRINT CITY _____
 140. PRINT STATE _____
 141. PRINT ZIP _____
 142. PRINT PHONE _____
 143. PRINT DATE _____
 144. PRINT SIGNATURE _____
 145. PRINT NAME _____
 146. PRINT ADDRESS _____
 147. PRINT CITY _____
 148. PRINT STATE _____
 149. PRINT ZIP _____
 150. PRINT PHONE _____
 151. PRINT DATE _____
 152. PRINT SIGNATURE _____
 153. PRINT NAME _____
 154. PRINT ADDRESS _____
 155. PRINT CITY _____
 156. PRINT STATE _____
 157. PRINT ZIP _____
 158. PRINT PHONE _____
 159. PRINT DATE _____
 160. PRINT SIGNATURE _____
 161. PRINT NAME _____
 162. PRINT ADDRESS _____
 163. PRINT CITY _____
 164. PRINT STATE _____
 165. PRINT ZIP _____
 166. PRINT PHONE _____
 167. PRINT DATE _____
 168. PRINT SIGNATURE _____
 169. PRINT NAME _____
 170. PRINT ADDRESS _____
 171. PRINT CITY _____
 172. PRINT STATE _____
 173. PRINT ZIP _____
 174. PRINT PHONE _____
 175. PRINT DATE _____
 176. PRINT SIGNATURE _____
 177. PRINT NAME _____
 178. PRINT ADDRESS _____
 179. PRINT CITY _____
 180. PRINT STATE _____
 181. PRINT ZIP _____
 182. PRINT PHONE _____
 183. PRINT DATE _____
 184. PRINT SIGNATURE _____
 185. PRINT NAME _____
 186. PRINT ADDRESS _____
 187. PRINT CITY _____
 188. PRINT STATE _____
 189. PRINT ZIP _____
 190. PRINT PHONE _____
 191. PRINT DATE _____
 192. PRINT SIGNATURE _____
 193. PRINT NAME _____
 194. PRINT ADDRESS _____
 195. PRINT CITY _____
 196. PRINT STATE _____
 197. PRINT ZIP _____
 198. PRINT PHONE _____
 199. PRINT DATE _____
 200. PRINT SIGNATURE _____
 201. PRINT NAME _____
 202. PRINT ADDRESS _____
 203. PRINT CITY _____
 204. PRINT STATE _____
 205. PRINT ZIP _____
 206. PRINT PHONE _____
 207. PRINT DATE _____
 208. PRINT SIGNATURE _____
 209. PRINT NAME _____
 210. PRINT ADDRESS _____
 211. PRINT CITY _____
 212. PRINT STATE _____
 213. PRINT ZIP _____
 214. PRINT PHONE _____
 215. PRINT DATE _____
 216. PRINT SIGNATURE _____
 217. PRINT NAME _____
 218. PRINT ADDRESS _____
 219. PRINT CITY _____
 220. PRINT STATE _____

100-4-100000-2
 100-4-100000-2
 100-4-100000-2
 100-4-100000-2

[illegible]

Reported by: [redacted] - Former Correspondent



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170570610 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO **Data do acidente:** 02/05/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA TIBIA E FÍBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSÃO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO, MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIORMENTE HASTE INTRA MEDULAR BLOQUEADA, REALIZOU FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.
APOS TRATAMENTO CIRÚRGICO E FISIOTERAPIA EVOLUIU COM DEFORMIDADE ÓSSEA POR PROVÁVEL CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA, LIMITAÇÃO DA ADM E REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO E ALTERAÇÃO A MARCHA.
Complicações: SÍNDROME COMPARTIMENTAL COXA E PERNA - TRATADO COM FASCIOTOMIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/11/2017

Conduta mantida:

Observações: LESÃO PREVIA NO MSE.

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GILBERTO BARBOSA CANDIDO, portador(a) do

RG nº 7.849.855, expedido por SDS – PE, em

14/10/2013, CPF/CNPJ nº 082.327.704-65,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) DANIEL

LUCAS SANSÃO F. DE MELO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AVULSO Renda Mensal: R\$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RECUSO

Gilberto Barbosa Candido
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
0511111111



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

*Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.813/98.*

Pelo exposto, eu GILBERTO BARBOSA CANDIDO, portador(a) do

RG nº 7.849.855, expedido por SBS - PE, em

14/06/2013, CPF/CNPJ nº 082.323.704-85

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) DANIEL

LUCAS SANSÃO F. DE MELO do sinistro de DPVAT de natureza INURB-DEZ

da vítima DANIEL LUCAS SANSÃO FREITAS DE MELO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AVULSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: RECURSO

Gilberto Barbosa Candido
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO			6 - Nº Prontuário	72590
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898004526745695	28/03/1994	Masculino X 1 Feminino 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	DALILA FARIAS DE MELO			12 - Telefone de Contato	8198505715
13 - Nome Responsável	O MESMO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	SUMARE, 41 - FRAGOSO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
OLINDA	260960	PE	53250531		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	ANTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HA 2 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO.
---	---

21 - Condições que Justificam a Internação	INECESSIDADE DE ABORDAGEM CIRÚRGICA
--	-------------------------------------

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE - EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS
---	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID-10 Principal	25 - CID-10 Secundário	26 - CID-10 Causas Associadas
-----------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO	5810 S82+	W000 V239	0408050578
--------------------------------------	-----------	-----------	------------

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	28 - Código do Procedimento
---	-------------------------	-----------------------------

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR		
--	--	--

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
--------------------	------------------------------	----------------	---

CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
-----------	---	-----------------	-----------------

Nome Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
--	--------------------------	---	--

SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/05/2017	Manoela C. Medica CRM-PE 24973	16339
----------------------------	------------	--------------------------------	-------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Sinal
-------------------------------	----------------------	-----------------	------------

37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE	
--------------------------------	-------------------	-----------	--

38 - () Acid. Trabalho Trecho			
--------------------------------	--	--	--

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

46 - Nome do Profissional Autorizador	AUTORIZAÇÃO	47 - Cod. Órgão Emissor	261710088036-1
---------------------------------------	-------------	-------------------------	----------------

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

() CNS () CPF			
-----------------	--	--	--

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
--------------------------	---	--	--

Rua da Autorização 175, SL 1001
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

040505080h0 - 00505080h0
040505080h0 - 040505080h0

04150300h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0 - 040505080h0

040505080h0

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **376663**

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO** Prontuário: 72590
Idade: 23a 1m 5d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 28/3/1994
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 8594169 C.P.F.: 09844073405 Telefone: CEP 53250531
Endereço: SUMARE, 41 - FRAGOSO / - OLINDA - PE
Dados da Internação
Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA Data e Hora da Internação: 2/5/2017 16:28
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDZEXTRA
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27 / 05 / 17 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Base clínica
Diagnóstico Principal: Injúria do membro superior direito
Diagnóstico Secundário01: FASE II SÍNDROME COMPARTIMENTAL DA COXA D
Diagnóstico Secundário02: SÍNDROME COMPARTIMENTAL DA PERNILLA D
Procedimento: Osteossintese do fêmur e fíbula + Fixação da coxa e perna
Médico e CRM: DR. Antonio de Albuquerque Duarte 05.802.494/0001-43
Assinatura e RG: *Marcos Batista dos Santos* TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

28 AGO. 2017

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos médicos e cirúrgicos, intervenções cirúrgicas, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de procedimento (diagnóstico, terapêutico, ou de urgência) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

RECIFE-PE

Julie Anne Queiroz Cabral
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 376606 Prontuário: 72590 SAME: 63348 Hora Atend: 13:52 Data Atend: 02/05/2017
Paciente.....: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Idade: 23 a
Endereço.....: SUMARÉ
Bairro.....: FRAGOSO
Cidade.....: OLINDA UF: PE CEP: 53250531
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA Plano: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída.....: 02/05/2017 Hora Saída : 16:26

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

05.802.494/0001-d.
TRACÇÃO CORRRETORA
DE SEGUROS LTDA
28 AGO. 2017

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

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16039
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/05/2017 13:50



Nome Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Cód. Paciente: 72590
Data de Nascimento: 28/03/1994
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: 0020
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 376606
SAME: -63348

Período: 02/05/2017 14:05 - 02/05/2017 14:06

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

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: DOR E FERIMENTO EM MID, E ESCORIAÇÕES EM MSD, APÓS QUEDA DE MOTO
(COLISÃO MOTO X CARRO);
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITO;
NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Referência: TRAZIDO PELO BOMBEIROS

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / *cirurgia geral*

Sinais Vitais Lidos: - FREQUÊNCIA CARDÍACA: 89.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-4.
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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

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

Data Impressão: 02/05/2017 14:06



Atendimento: 376606

Senha da Classificação:

0020

Data e Hora: 02/05/2017 13:52

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELC Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 28/03/1994 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Nome da Mãe: DALILA FARIAS DE MELO Nome do Pai: NÃO DECLARADO
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: SUMARE 41 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Recente vômito de paciente, tipo - como há cerca de 1 hora. Refere dor em MID. Voz alterada. Nega sensibilidade

Exame Físico

EGG, correntes, orientado, hidratado, eufórico // ACV: RER em 25, BNF SIS FC: 84 PA: 130x80
ACV: MVD em AIT, SRA FC: 24 / ABD: local de dor abdominal superior / ECG: 15 / Apresenta excitação em MID, MID e MVD // Fx. reposta em MID / Alcos. e chás

Hipótese Diagnóstico

① Ex. úlcera de ferozelo ②

Prescrição Médica

1) Dieta F.C.O.
2) Internamento
3) Ao bloco após liberação da C.G.
4) A.C.G.
5) Serviço de: Mariana Cavalcanti Médica CRM-PE 24973
Pomada de AP e perf. 1
Tubo de AP e perf. 1
Tubo de AP e perf. 1
Bexiga AP
Assinatura e Carimbo/Médico

S.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

28 AGO, 2017

Senha:

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

REC-14

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO REG:72590

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/5/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
14H37	# ADMISSÃO
ALERG (-)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HÁ APRO
HAS (-)	XIMADAMENTE 2 HORAS, COM QUEIXA DE DOR EM PERNA
DM (-)	DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIANO, CEFALÉIA, VÔMITOS
NEGA	OU DESMAIOS.
OUTRAS	AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO
COMORB	HIDRATADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORI
	CAS E FOTORREAGENTES.
	AR: MV + EM AHT, S/RA FR 24 IRPM
	ACV: RCR EM 2T, BNF, S/S FC 84 BPM PA 130X80 MMHG
	ABD: PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR.
	MID: LESÃO CORTO-CONTUSA ACIMA DO MALEOLO MEDI
	AL DE APROXIMADAMENTE 8 CM E OUTRA DE +/- 2 CM EM
	MALEOLO LATERAL. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TOR
	NOZELO PELA DOR. PULSOS PEDIOSO, TIBIAL E POPLÍTEO
	PRESENTES E CHEIOS. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
	MSD: PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM BRAÇO E ANTEBRA
	ÇO, SEM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO. NV PRESERVADO.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
	FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D + DIAFISE DE TIBIA D
	CD: INTERNAMENTO
	ANALGESIA + VAT + SAT + CEFAZOLINA
	AO BLOCO APÓS LIBERAÇÃO DA CG

3-802-494/9001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

2-8-AGO-2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 50.050-010

Mariano Cocalanti

Médico

CRM-PE 24973

#CG#

15:34 Paciente com história de colisão moto-carrão. Usava capacete. Negs síncope e vômitos. A- VAs pervias, sem cervicalgia. B- MV (+) em AHT, S/ RA SatO₂: 95%. C- RQA em AT, BNF, S/ SA FC: 81, pelve estável, abdome inocente D- ECG: 14 (3+5+6) pupilas isocóricas e reatantes, sem déficit motor.

E- presença de lesões colto-contusas em perna D, sendo uma com exposição muscular.

Raio-X de torax: ausência de PNMTX

(D): Alta da CG

Acompanhamento com ortopedic

LDT

Dr. Paulo C. Medrado
CRM-PE 23622

03/05/17

SR

7:40

* HD 1º DRº tratamento cirúrgico de fratura exposta dos ossos da perna direita + tração transeles-elástica de perna direita.

→ Paciente sem queixas, refere sensação de "lateira" dentro da perna direita. Nega dor. Paciente sem estridor

- CG, consciente, orientado, hidratado (2L), AFBN, BDA, reflexos, pulsos periféricos (+) e simétricos

FO: Língua, com sinais de secreção bucal (movimentos evasivos) e de discreto

* CD 1) Aguardando 2º tempo cirúrgico hoje!
2) Dieta zero
3) Condicionamento respiratório de 2 L

16:00 Paciente no 4º andar aguardando alta da perna e CG. Indico fisioterapia de urgência.

Dr. Jenele B. S.
CRM-PE 22499

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42676

Paciente : 72590

Convênio Atend. : 1

Leito : 779

Dt. Início : 02/05/2017 19:58

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S723

Sala : 0002 SALA 02

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

SUS - INTERNACAO

VERO2EXTRA

Dt. Fim : 02/05/2017 20:57

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 376663

Carteira :

Idade : 23 Anos 4 Dias 20 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 43

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

GERAL INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FEMUR DIREITO (JOELHO FLUTUANTE)

INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + TRAÇÃO

TRANSESQUELETICA TIBIA DIREITA

OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN

1º AUXILIAR: DR. GUSTAVO PEZZI

INSTRUMENTADOR: ADAILMA

ANESTESISTA: DR. FILIPE

ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA

3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. INCISÃO LONGITUDINAL P/AMPLIAR FERIMENTO

5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA

6. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS

7. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 10.000ML

8. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO

9. SUTURA COM NYLON 2-0

10. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSESQUELETICA EM TIBIA COM FIO K 3,5MM

11. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Gustavo Pezzi
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 23316

3.802.494/0001-41

TRAÇÃO CIRURTEORA
DE SEGUROS LTDA

28 AÇO, 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

80a Vista - CEP- 50.060-010

RFFIFE-PE

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN
CRM : 14368

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42693 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Atendimento : 376663
Convênio Alend. : 1 SUS - INTERNAÇÃO Carteira :
Leito : 779 VERD2EXTRA Idade : 23 Anos 5 Dias 19 Horas
Dt. Início : 03/05/2017 19:10 Dt. Fim : 03/05/2017 20:10
Cid Pré-Operatório : S910 FERIMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNAÇÃO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGIAO 11581 MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: SINDROME COMPARTIMENTAL DE COXA E PERNA DIR+FRATURA FECHADA FEMUR DIR +
INTERVENÇÃO: FASCIOTOMIA+ APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR JOELHO DIR
OPERADOR: MAURICIO MIRANDA
1º AUXILIAR: ANTONIO QUEIROZ
2º AUXILIAR:
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: EDMARQUES
ANESTESISTA: RAFAELA
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. FASCIOTOMIA DE COXA (FACE LATERAL E MEDIAL)E PERNA DIR(LATERAL) + FIXAÇÃO FEMUR DIR TRANSARTICULAR JOELHO DIR
5. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
7. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO LAVAGEM EXAUSTIVA 6. LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 2.000ML + PVPI
8. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO
9. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO, 2017
Dr. Mauricio de Miranda Moreira
Ortopedista
CRM: 11581
Rua Visão - CEP: 50.060-010
DR(A) : MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA
CRM : 11581



PERNAMBUCO
DOCE PENE DO ESTADO



ANGEL ABRAHAM



IMP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando L. García

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Daniel Lucas Sansão Farias de Melo

REG: 72540

CLÍNICA: CM

ENFERMAGEM: 406

LEITO: 01

DATA/HORA	#cm# 0° 23w.
10/05/17 07:00	. HD: 1-3: DPO de natureza imitativa; 2- Síndrome compartimental em MIO tratada com fasciotomia; 3- Fibril+ hemiparalis + incontinentes + Piora do delírio agnoscia + internamento prolongado via: ITR no manuseio; 4- Anemia sua: queda sanguínea por fasciotomia? 5- TET descartado. . Em uso de: 1- Tagetiv (01-08/05) → DP2; 2- tramadol ^{pr} qid; 3- Sintomáticos SN. . DE: APFS: 140 mmHg; APAD: 70 mmHg; AT: 35,9°C; DFO: 84 bpm; AFR: 26 ipm; AHOT: 217 mg/dl. . No momento, queixa-se dispnéica importante com necessidade de uso de cateter nasal de O ₂ (5L/min). Rypr: para a dispnéica piora ao deambular (ortopneia). Rypr: também, deve sangramento em MIO Negro entre os dedos. . Ao exame: EBCRx, somnolento, irritável, hiperreflexo, assimétrico, simétrico e hiperreflexo. Agitado. ACV: RER em 2T, BAF e S/S. FC: 98 bpm. PA: 120x70 mmHg PR: MV+em AHT e globalmente em HTE. SLRA. FR: 26 ipm. SpO ₂ : 94% (O ₂ 5L/min) ABD: Flácido, depressível e macizo à palpação. RH+ EXT: Presença de fixador externo a esquerda quando

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# CONTINUAÇÃO #
10/05/17 07:00	Atividade de movimento no unitero do MIP. MIE em atividade. • LD: 1. Parâmetro HB/HT (7,8/24,9); 2. Aguardar exames laboratoriais hoje pela manhã, após, ver o resultado; 3. Aumento de oxigênio para 05 mg 4/4v + Diapirina 1x 6/6h PRN. 4. Prescrever Glicose 05 mg 12/12h 5. Sedativo HB/HT 6. USG doppler hoje
	Luiz Fernando Siqueira Médico CRM-PE 21.874
11/05/17 07:30	# CM # 0º, 23v. • HD: as mesmas. • Em uso de: as mesmas. • OS: DPAS: MD: 120 mmHg; DPAD: 60-70 mmHg; AT: 36,4-36,8°C; AFC: 86-89 bpm; AFR: 16-21 rpm. • No momento, paciente segue melhorada das dores no MIP após eliminação da analgesia. Não episódios de dispnéia, ortopnéia e OPN. Respiração, também, não aumentou nos 04 dias. • Ao exame: Estado geral, consciente, assintomático, hidratado, normotímico, normotérmico e hiperemático (H+H). A pele ao toque. ACV: RER em 20, BNF 2 s/s. FC: 119 bpm. PA: 120x70 mmHg. PR: MV+NM PAT 2 s/ RA. PR: 22 rpm. SatO2: 98% (PA). ABD: Flácido, apnéptico e indolor à palpação. RHA+

CONTINUA

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42997 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Atendimento : 376663
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 81 ORTL-514-LEITO 001 Idade : 23 Anos 22 Dias 12 Horas
Dt. Início : 20/05/2017 08:02 Dt. Fim : 20/05/2017 10:58
Cid Pré-Operatório : S910 FERIMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO + FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIA: HIB DE FEMUR D + HIB TIBIA D
CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXÍLIO: DR CAIO
ANESTESISTA: DRA CARMEM
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ACESSO TRANSPATELAR EM JOELHO DIREITO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA NO FEMUR
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 12X36
8. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 1 PARAFUSOS
10. FEITO PONTO DE ENTRADA NA TIBIA
11. PASSAGEM DO FIO GUIA
12. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 10X38
13. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
14. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
15. LC DA FO
16. APROXIMAÇÃO DE FO EM COXA MEDIAL (FASCIOTOMIA ANTIGA)
17. SUTURA POR PLANOS
18. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

95.802.494/0001-41
TRACAO CONCRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 ABR 2017

Passo da Auditoria: Nº 175, SL 907-8M C
Rua Vista CEP 50.060-010
RECIFE-PE

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

Atendimento: 376663
Dt Atendimento: 02/05/2017 - 16:28 Dt Alta: 27/05/2017 - 15:06
Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL-514-LEITO 001 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEMASMS

CID: S910 FERIMENTO DO TORNOZELO

Procedimento de Alta 0301060070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Atendimento: 376663

Dt Atendimento: 02/05/2017 - 16:28

Dt Alta: 27/05/2017 - 15:06

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL-514-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMASMS

CID: S910

FERIMENTO DO TORNOZELO

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



CENTRO DE ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA DE OLINDA

Av. José Augusto Moreira, 647 - Casa Caiada - Olinda/PE
CEP: 53.130-410 - Fone: (81) 3431.6523 / Fax: (81) 3431.3887
CNPJ: 04.888.356/0001-89

ESPECIALIDADES

MÃO

COLUNA

JOELHO

QUADRIL

PE E
TORNHELO

OMBRO E
COTOVELO

TRAUMA E
FIXADOR
EXTERNO

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Sr. Daniel Lucas Sansão Farias de Melo, Rg 8.594.169 e CPF 098.440.734-05, encontra se em alta definitiva, devendo retornar as suas atividades laborativas.

Sem mais a declarar na presente data.

Olinda, 19 de Outubro de 2017

Manoel P. Rodrigues Neto
ORTOPEDIA E FISIOTERAPIA
19/10/2017
HOR: 24:15:00

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Pra. Vitória - CEP: 53.060-010



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRÁES	8431888
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRÁES	8431556

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº do Prontuário
DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO	72590
7 - Cód. de Registro do SUS	8 - Data de Nascimento
886004526745599	28/03/1994
9 - Sexo	10 - Perna
M	03 - Perda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone do Contato
DALILA FARIAS DE MELO	8198558715
13 - Nome Responsável	14 - Telefone do Contato
O MESMO	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - CEP
SUMARE, 81 - FRAGOSO	
17 - RG	18 - UF
203880	PE
19 - CID	20 - CID
01	53250331

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

2 - VITIS DE ACIDENTE NO TOCANO HA 2 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

3 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

4 - Necessidade de abordagem cirúrgica

5 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

6 - Necessidade de abordagem cirúrgica

7 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

8 - Necessidade de abordagem cirúrgica

9 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

10 - Necessidade de abordagem cirúrgica

11 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

12 - Necessidade de abordagem cirúrgica

13 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

14 - Necessidade de abordagem cirúrgica

15 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

16 - Necessidade de abordagem cirúrgica

17 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

18 - Necessidade de abordagem cirúrgica

19 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

20 - Necessidade de abordagem cirúrgica

21 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

22 - Necessidade de abordagem cirúrgica

23 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

24 - Necessidade de abordagem cirúrgica

25 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

26 - Necessidade de abordagem cirúrgica

27 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

28 - Necessidade de abordagem cirúrgica

29 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

30 - Necessidade de abordagem cirúrgica

31 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

32 - Necessidade de abordagem cirúrgica

33 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

34 - Necessidade de abordagem cirúrgica

35 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

36 - Necessidade de abordagem cirúrgica

37 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

38 - Necessidade de abordagem cirúrgica

39 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

40 - Necessidade de abordagem cirúrgica

41 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

42 - Necessidade de abordagem cirúrgica

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 376663

Unidade: JOSEATAKA

Rua Estrada do Fazendinha, 611
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400-000

MIGUEL ARRAES

DADOS DO PACIENTE

Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Idade: 23a Anos Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Data de Nascimento: 28/3/1994
R.G.: 9394169 C.P.F.: 09844073405 Telefone: CEP 53250531
Endereço: SUMARÉ 41 - FRAGOSO OLINDA - PE
Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO
Data e Hora de Internação: 2/5/2017 18:28
Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTODONTIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Loto: VERDEZEXTRA
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número: Estado civil:
Telefone: Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 27 / 05 / 17 Hora da Alta:
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Base clinica
Diagnóstico Principal: Trauma e luxação de
Diagnóstico Secundário01: Fratura Simples e Complicada da Cota D
Diagnóstico Secundário02: SINDROME COMPARTIMENTAL DA PUNHA D
Condimento: Drenagem do tornozelo e fixação + Fractura da
COTA 2. PEINHA (B)
Médico e CRM:

REVISADO
CCH - HMA

Assinatura e RG
Responsável pela retirada do paciente

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos, intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial, que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura e RG do responsável

Boa Vista - CEP 50.060-010

RFCIFF-PE

DIAGNOSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 378899 Prontuário: 72881 SAME: 83348
Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Endereço: SUMARÉ
Bairro: FRAGOSO
Cidade: OLINDA
Convênio: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
CID Principal:
CID's Secundários:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída: 02/05/2017

Hora Atend: 13:52 Data Atend: 02/05/2017
Idade: 23.9

UF: PE CEP: 53250531
Plano: PLANO UNICO

Hora Saída: 16:26

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

5.802.494/0001-41
IRACÃO CORRETORA
SOLUÇÕES LTDA

SORMANE DE CARVALHO BRITTO 16338
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Bom Vista - CEP: 53.050-010

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
PERITO, PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da sanha: 02/05/2017 13:58


Nome Paciente: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Cód. Paciente: 72590
Data de Nascimento: 28/03/1994
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: 0020
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Atendimento: 976508
SAME: 63348

Período: 02/05/2017 14:05 - 02/05/2017 14:06

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

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: DOR E FERIMENTO EM M.D. E ESCORIAÇÕES EM MSD, APÓS QUEDA DE MOTO
(COLISÃO MOTO X CARRO)
NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITO;
NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Observação: TRAZIDO PELO BOMBEIROS

Exatidão: TRAUMA

Discriminador(es): SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA / Cirurgia Geral

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 88.00 BPM
- P.A. SISTÓLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DIÁSTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

Data Impressão: 02/05/2017 14:38

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

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

RECIFE-PE

Página 1 de 1

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Atendimento: 376606

Senha de Classificação:

0020

Data e Hora: 02/05/2017 13:52

Paciente: 72590 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 28/03/1994 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
 Nome da Mãe: DALIA FARIAS DE MELO Nome do Pai: NÃO DECLARADO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
 Endereço: SUSARE 41 Bairro: FRAGOSO
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

Queixa principal de dor no tornozelo direito, com início há 1 hora. Dor com exacerbação à noite. Não há inchaço, nem vermelhidão.

Exame Físico

Exame físico: paciente consciente, orientado, sem sinais de desidratação. Pulso regular, 72 bpm. PA: 120/80 mmHg. FC: 72 bpm. RR: 18 rpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Tórax sem alterações. Abdome sem alterações. Extremidades sem alterações. Tornozeiro direito com dor à palpação, sem inchaço ou vermelhidão.

Hipótese Diagnóstica:

① Exatoma de tornozelo ①

Prescrição Médica

1) Diclofenaco

2) Paracetamol

3) Ao bloco após a liberação da C.G.

4) A.C.G.

5) Soro R1 100ml

6) Soro R2 100ml

7) Soro R3 100ml

8) Soro R4 100ml

9) Soro R5 100ml

10) Soro R6 100ml

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO REG: 72590

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
2/5/2017	# SERVIÇO DE ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA
14H37	# ADMISSÃO
ALERG (-)	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO HA APROXIMADAMENTE 2 HORAS, COM QUEIXA DE DOR EM PERNA DIREITA. NEGA TRAUMA CRANIANO, CEFALÉIA, VÔMITOS OU DESMAIOS.
HAS (-)	
DM (-)	
NEGA	
OUTRAS	AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.
COMORB	AR: MV + EM ANT, S/RA FR 24 IRPM
	ACV: BCR EM 2T, BNF, S/S FC 84 BPM PA 130X80 MMHG
	ABD: PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR.
	MID: LESÃO CORTO-CONTUSA ACIMA DO MALEOLO MEDI
	AL DE APROXIMADAMENTE 8 CM E OUTRA DE +/- 2 CM EM MALEOLO LATERAL. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO PELA DOR. PULSOS PEDIOZO, TIBIAL E POPLITEO PRESENTES E CHEIOS. NEUROVASCULAR PRESERVADO.
	MSD: PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM BRAÇO E ANTEBRAÇO, SEM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO. NV PRESERVADO.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
	FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR D + DIAFISE DE TIBIA D
	CD: INTERNAMENTO
	ANALGESIA + VAT + SAT + CEFAZOLINA
	AO BLOCO APÓS LIBERAÇÃO DA CG

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

RECIFE-PF

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	CONTINUAÇÃO #
10/05/17 07:00	Tidwell do sangramento no intestino do MID. no min. ultrassom. 1. Resgate HB/HT (7,8/24,9); 2. Aplicação de soro de plasma no soro plasma mantido, Dep. vide programa. 3. Amostra de soro para (5 mg) 4.1411 Riphonin no bloco de. 4. Presença de soro 05 mg 12/12/17. 5. Soro HB/HT. 6. VSO de soro no.
11/05/17 07:30	#CONTINUAÇÃO # 02. 12/17. HB: 10.00 mmHg. Em uso de 10.00 mmHg. DE: 110-120 mmHg. 07:30-70 mmHg. DE: 34, 4-36, 22, 07:30-38 mmHg. 07:30-38 mmHg. no momento, presente soro de plasma de 10.00 mm MID. no ultrassom de 10.00 mmHg. no aplicação de soro de plasma de 10.00 mmHg. no com, no momento de 07 dias. no momento, presente soro de plasma de 10.00 mm MID. no ultrassom de 10.00 mmHg. no aplicação de soro de plasma de 10.00 mmHg. no com, no momento de 07 dias. no momento, presente soro de plasma de 10.00 mm MID. no ultrassom de 10.00 mmHg. no aplicação de soro de plasma de 10.00 mmHg. no com, no momento de 07 dias.

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

PCN: RCR 10.00 mmHg. 07:30-70 mmHg. 07:30-70 mmHg.

DE: 110-120 mmHg. 07:30-70 mmHg. 07:30-70 mmHg.

DE: 34, 4-36, 22, 07:30-38 mmHg. 07:30-38 mmHg.

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

CONTINUA

HOSPITAL MIGUEL ARRAS
MV 2020 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 02/05/2017
Hora: 20:01

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 42876
Paciente: 72580
Convênio: Alend. 1
Leito: 779
Dt. Início: 02/05/2017 19:58
Cid. Pré-Operatório: 9022
Cid. Pós-Operatório: 5723

Sala: 0902 SALA 02
DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
SUS - INTERNACAO
VEROZEXTRA
Dt. Fim: 02/05/2017 20:57
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento: 378653
Cabeça: 1
Idade: 23 Anos 4 Dias 20 horas

Procedimento: 0408050600
Convênio: 001
Anestesia: 43

Procedimentos
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica
14388 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

CIRURGIAO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DO FEMUR DIREITO (OLHO FLUTUANTE)
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA + TRACAO
TRANSESQUELETICA TIBIA DIREITA
OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR. GUSTAVO PEZZI
INSTRUMENTADOR: ADAILMA
ANESTESISTA: FIUPE
ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO: ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA: LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM: SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO: CURATIVOS

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

1. ASSEPSIA + ANTISSEPSE
2. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL PARA AMPLIAR FERIMENTO
4. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA
5. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0.9% 10.000ML
7. APLICAÇÃO DO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
8. SUTURA COM NYLON 2-0
9. PASSAGEM DE TRACAO TRANSESQUELETICA EM TIBIA COM FIO K 3.5MM
10. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Gustavo Pezzi
CRM 14388

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SERVIÇOS LTDA

23 OUT. 2017

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENÇAR
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE, PE

Atendimento: 375663
Dt Atendimento: 02/05/2017 16:28 Dt Alta: 27/05/2017 15:06
Paciente: 72550 DANIEL LUCAS SANSAD FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL 514 LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMASMS

CD: 5816

FERIMENTO DO TORNOMELO

Expediente de Alta: 0301080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR
23 OUT. 2017



LMIP
Lancaster Medical Imaging Program

Plano de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 42897 Sala: 0001 SALA 01
Paciente: 72690 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO Atendimento: 378683
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNAÇÃO Carteira:
Leito: 81 ORTOL 514-LEITO 001 Idade: 23 Anos 22 Dias 12 Horas
Dt. Início: 20/05/2017 08:02 Dt. Fim: 20/05/2017 10:58
Cid Pré-Operatório: S910 FERIMENTO DO TORNOZELO
Cid Pós-Operatório:

Procedimento

Procedimento: 0409050512 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNAÇÃO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 18768 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Equipamento

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAPISARIA DE FEMUR DIREITO + FRATURA DIAPISARIA DE TIBIA DIREITA
CIRURGIA: HIB DE FEMUR D + HIB TIBIA D
CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXÍLIO: DR CAIO
ANESTESISTA: DRA CARMEM
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
4. ACESSO TRANSPATELAR EM JOELHO DIREITO
5. FEITO PONTO DE ENTRADA NO FEMUR
6. PASSAGEM DO FIO GUIA
7. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 12X38
8. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
9. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 1 PARAFUSO
10. FEITO PONTO DE ENTRADA NA TIBIA
11. PASSAGEM DO FIO GUIA
12. COLOCAÇÃO DE HASTE FEMORAL BLOQUEADA 10X38
13. FEITO BLOQUEIO PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS
14. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS
15. LC DA FO
16. APROXIMAÇÃO DE FO EM COXA MEDIAL (FASCIOTOMIA ANTIGA)
17. SUTURA POR PLANCOS
18. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR

Atendimento: 375663

DI Atendimento: 02/05/2017 - 14:28

DI Alta: 27/05/2017 - 15:06

Paciente: 72590

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 81 ORTL-514-LEITO 601

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Unidade: IRACEMA/SMS

CID: 8610

FRACTURA DO TORNOMELO

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

1.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRÊTORIA
DE SEGUROS LTDA

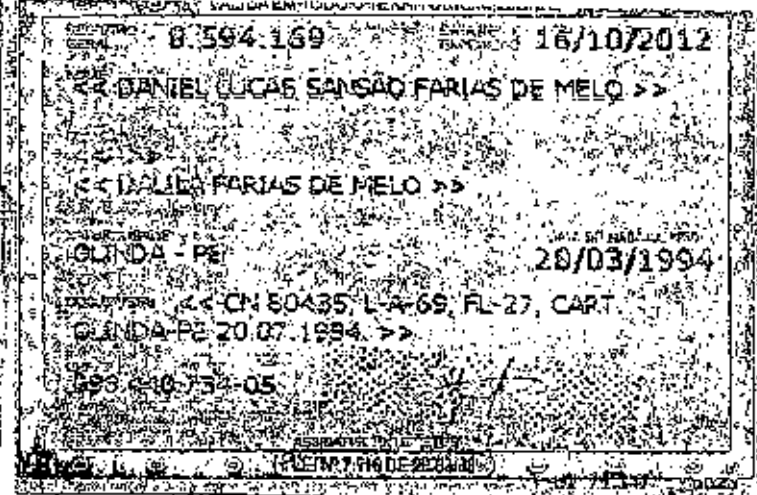
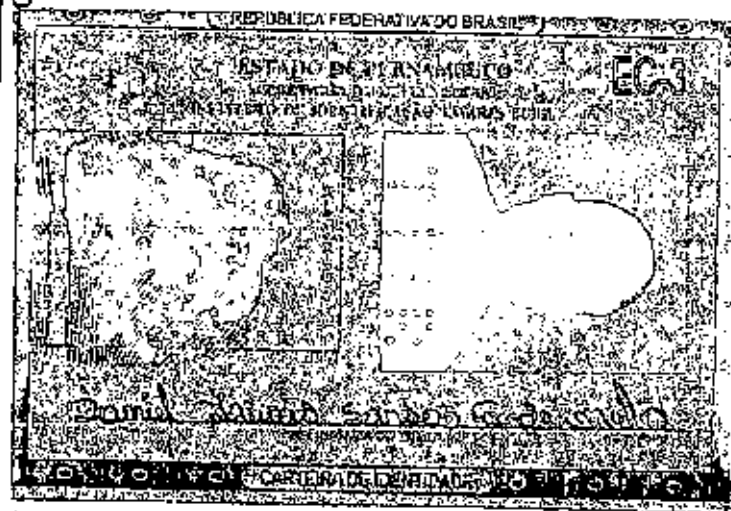
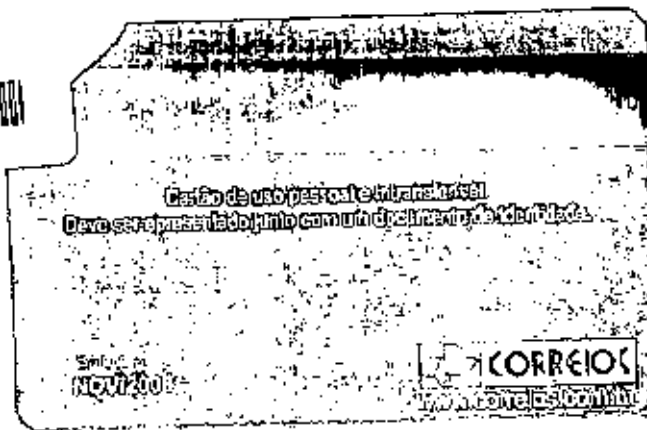
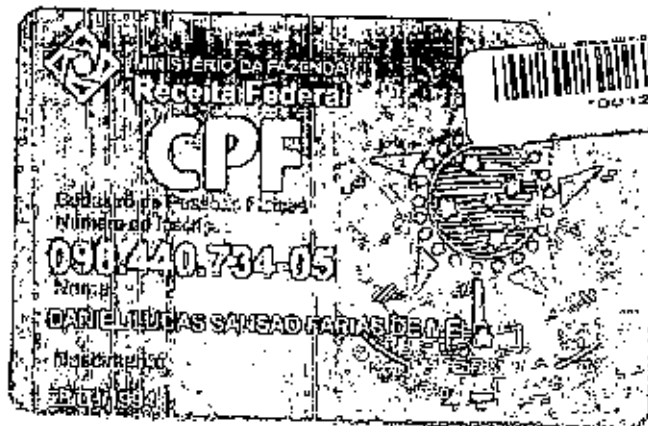
23 OUT. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Rua Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENÇAR



05.802.494/00

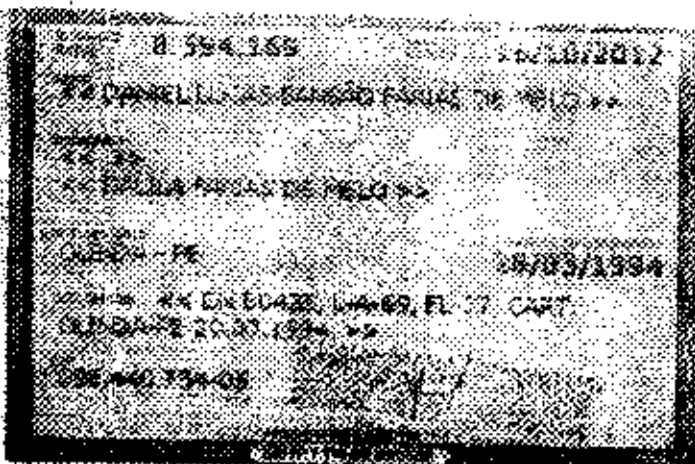
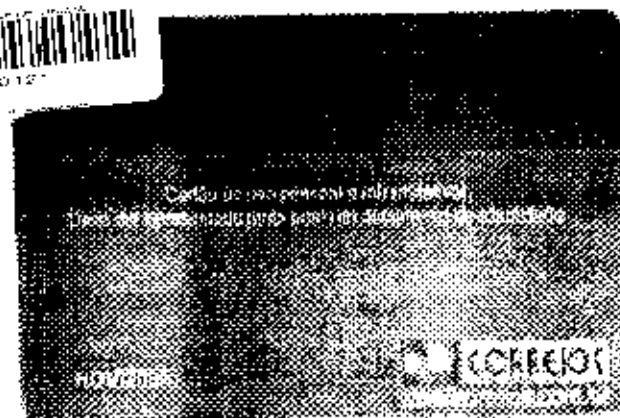
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABR 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Bom Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE



43 JUL 2017

802 494/3001-41

RAJAO COPIA TORA

DE SERVIDORES LTDA

RAJAO COPIA TORA
RAJAO COPIA TORA
RAJAO COPIA TORA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

013177341167
1 397696663 ***** 2017

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME
LO

OLINDA-PE

098.440.734-05 PEE5330

***** 9C2NC4310CR000020

PAS MOTOCICLETA GASOLINA
HONDA/CB 300R 2011 2012
20/291CL PARTIC VERMELHA

IPVA 2017 QUITADO

SEGURO PAGO

SEM RESERVA

OLINDA-PE 14/08/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

COPIA DE LICENÇA DE VEÍCULO PARA FINS DE IDENTIFICAÇÃO
O SIGNATÁRIO DESTE BILHETE DE LICENÇA DEVE ASSINAR
E ASSINAR O NOME DO VEÍCULO E DO PROPRIETÁRIO

PE 013177341167 DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME

COPIA DE LICENÇA DE VEÍCULO PARA FINS DE IDENTIFICAÇÃO
O SIGNATÁRIO DESTE BILHETE DE LICENÇA DEVE ASSINAR
E ASSINAR O NOME DO VEÍCULO E DO PROPRIETÁRIO

LO OLINDA-PE 2017 14/08/17

VIA 1 098.440.734-05 PEE5330
397696663 HONDA/CB 300R
2011 09 9C2NC4310CR000020

SEGURO PAGO
SEM RESERVA
OLINDA-PE 14/08/17

SEGURO PAGO SEM RESERVA

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE LICENÇA
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

8/2-2016

28 AGO. 2017

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 51.050-010

RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

013177341167

2 227506662 ***** 2017

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME
LO

OLINDA-PE

000.470.734-00 REC2340

***** SC2HC494BC0000020

PAR MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CE 300H 2011 2012

227506662 VERMELHA

1978 2017 001788 *****

SEGURO FROD

SEM RESERVA

OLINDA-PE 14/06/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente - DETRAN/PE

PE 013177341167

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME

GOV DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

LO OLINDA-PE 2017 14/06/17

1 000.470.734-00 REC2340

227506662 HONDA/CE 300H

2011 00 SC2HC494BC0000020

23 OUT. 2017

305 LTOA

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

Quinta do Quetzal 5057

REANALISE



0020

PROE 3570 4771 29
CPF 098.440.734-05

EU DANIEL LUCAS S. FARIAS DE MELO
Venho Através desta soliciTA UMA NOVA
Perícia médica por se encontra o Altar
Definitiva: segue um laudo para o
do ALTAR sem mais fica no aguardo
Daniel Lucas S. Farias de Melo

75.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: MECANICO

Identidade: 8.594.169 SDS PE CPF: 098.440.734-05

Endereço: R. SUMARÉ, N.º 41, JARDIM OLÍMPIA - PE

PROCURADOR:

Nome: GILBERTO BARBOSA CANDIDO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: AUTOMOMO

Identidade: 7.849.855 CPF: 082.327.704-65

Endereço: R. Umbuzeiro, n.º 56, Fragoso, Olinda - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Olinda - 14 JUL. 2017

Local e data



Daniel Lucas Sansão F. de Melo

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/2001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PELOPE

19 Cartório de Notas de Olinda

Praça do Carmo N.º 15 B

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) apostada(s) na minha presença de

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Olinda, 14 de julho de 2017 (8h45min).

Eu testamenteiro da verdade

Francis Sneyas Andrade de Queiroz - Escrevente Autorizado

Empenho: R\$ 3,47 TONR R\$ 1,17 TOTAL R\$ 4,64

SELO 0973502.00407201702.01466

Assinatura eletrônica em www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334525/17
Vítima: JOSE LOURENCO DA SILVA
CPF: 047.181.574-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/02/2017
Titular do CPF: JOSE LOURENCO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE LOURENCO DA SILVA : 047.181.574-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR : 038.075.324-39

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

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.

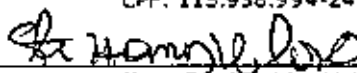
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2017
Nome: JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR
CPF/CNPJ: 038.075.324-39

JOSE ROBERTO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24



Steffany Caroliny Lins Veloso

PROCURAÇÃO PARTICULAR



BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: MECANICO

Identidade: R 594.169 SDS DE CPF: 098.440.734-05

Endereço: R. SUMARÉ, N° 41, Jd. Palmeira, Olinda - PE

PROCURADOR:

Nome: GILBERTO BARBOSA CANDIDO

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: AUTOMOTIVO

Identidade: 9 249.655 CPF: 002.327.704-65

Endereço: R. Umbuzeiro, n° 66, Engenho, Olinda - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Olinda - 14 JUL 2017
Local e data



Daniel Lucas Sansão Farias de Melo

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

12 Cartões de Valor de R\$ 100,00

Prato de Carne R\$ 55,00

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) autográfica(s) de minha presença de

DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

em 14 de julho de 2017, em Olinda.

Em testemunha da verdade

Procurador Especializado de Direito - Engenheiro Civil

Carteira de Identificação Profissional - R. 1.40.194.05 1.17.194.05 1.40

CPF: 002.327.704-65

Assinatura do Procurador

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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

PROCURADOR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Contratos de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0345911/17
Vítima: ELVIS DA SILVA SALES
CPF: 086.745.994-86

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/06/2017
Titular do CPF: ELVIS DA SILVA SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.

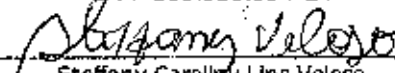
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2017
Nome: GILVANILDO JOSE DA SILVA
CPF: 680.496.414-49

GILVANILDO JOSE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946154

A/C: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Sinistro: 3170570610 ASL-0410312/17
Vítima: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
Data Acidente: 02/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GILBERTO BARBOSA CANDIDO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000048

Conta: 000000041827-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

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, DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.594.169 EXPEDIDO POR SBS - PE EM 16/10/2012
CPF 090440734-05 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO MECANICO
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE MELO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 aparecem 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 Lotéricas 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 beneficiário/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 SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0048 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00041823-0

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.

05.802.494/0001-4

TRACAO CORRETORA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

28 AGO. 2017

OLINDA 23 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

**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 de acordo com a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 25/08/2017 HORA: 18:45:21
TERMINAL: 10301031 CONTROLE: 103010310069

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0048.013.00041827-0
NOME: DANIEL LUCAS SANSÃO FARIAS DE ME

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 3438588139
NÚMERO DE CONTROLE: 237064119

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

15.802.494/0001-41
THAÇÃ CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 ABO. 2017

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



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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU DANIEL LUCAS SAUSÃO FARIAS DE MELO
 PORTADOR(A) DO RG Nº R.594.169 EXPEDIDO POR SSS - PE EM 16/10/2017
 CPF 096940734-05 CNPJ _____, PROFISSÃO MECANICO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 933,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DANIEL LUCAS SAUSÃO FARIAS DE MELO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 e lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a manter cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem 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 FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/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 SISP/VAT Sinistro, que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também ~~apresentar~~ apresentar documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO: _____ Nº da AGÊNCIA (sem 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: 304 Nº da AGÊNCIA (sem dígito, se existir): 0046 Nº da CONTA (com dígito, se existir): 00041823-0

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

OLINDA 23 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Daniel Lucas Sausão Farias de Melo
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte e valor que será pago pelo Seguro DPVAT em caso de invalidez permanente, obedecendo a legislação vigente na data do acidente. Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente total que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela do seguro prevista na Lei 11.940/2009 e reembolso de até R\$1.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
 Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguros.com.br ou ligue 0800-0211200.

-5.903.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AO LONGO DA VISTA
DATA: 25/08/2017
TERMINAL: 182125
MESA: 18145121
CONTROLE: 18251231232323

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2243.813.88841827-8
NOME: DANIEL LUCAS SANCHEZ FARIAS DE ME

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:

2438548139
287854119

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta de fomento após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores emitidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios:
SAC CAIXA: 0800-725 8101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

05.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23 OUT. 2017

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

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

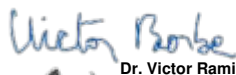
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Daniel Lucas Sansao Farias de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sumare, 41
Jatoba Olinda PE CEP: 53250-531
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8594169
Data local do exame: [03/11/2017] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE TERÇO MÉDIO DA TÍBIA E FIBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PÉ A INVERSÃO/EVERSAO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO, MARCHA CLAUDICANTE.**
a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM, REDUÇÃO DE FORÇA E ALTERAÇÃO A MARCHA.
Data da alta: MAIO DE 2017.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO: OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIORMENTE HASTE INTRA MEDULAR BLOQUEADA. FEZ FISIOTERAPIA POSTERIORMENTE.
Complicações: SÍNDROME COMPARTIMENTAL COXA E PERNA - TRATADO COM FASCIOTOMIA.**
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DA PERNA COM DESVIO EM VARO, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PÉ A INVERSÃO/EVERSAO, CICATRIZ NA FACE LATERAL DA COXA E DA PERNA (FASCIOTOMIA) HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO, MARCHA CLAUDICANTE.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" () "Sem seqüela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Seqüela): Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO INFERIOR - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Seqüela): Região Corporal (Seqüela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo
c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LESAO PREVIA NO MSE.

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


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba


CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266