



Número: **0004406-50.2020.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **24/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| MAURILIO MARIANO PAIXAO (AUTOR)                        |                    | KELLY JULLIANNY SANTOS FERREIRA (ADVOGADO) |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 70361146                                               | 30/10/2020 15:49   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428160 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURILIO MARIANO PAIXAO **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA  
FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (PLACA E PARAFUSOS NA CLAVÍCULA E TORNOZELO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5 /8 A 10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo  | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |





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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428160

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELIO FERREIRA DE MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURILIO MARIANO PAIXAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14570529





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

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190428160**

**Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO**

**Data do Acidente: 07/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HELIO FERREIRA DE MOURA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURILIO MARIANO PAIXAO**

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: MAURILIO MARIANO PAIXAO**

**Valor: R\$ 3.375,00**

**Banco: 033**

**Agência: 000003090**

**Conta: 000001053963-9**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 105 074 204 - 46 Nome completo da vítima: MAURILIO MARIANO PAIXÃO  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: MAURILIO MARIANO PAIXÃO CPF: 105 074 204 - 46  
Profissão: VENDEDOR Endereço: RUA ESCADA Número: 536 Complemento: CASA  
Bairro: Bela Vista II Cidade: CAVANGA Estado: PE CEP: 55  
E-mail: maurilio.mariano.paixao@com.br Tel. Celular: (81) 9941 0822

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

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

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

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

AGÊNCIA: 3090  CONTA: 01053963   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Imprescindível  
assinatura da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data: CAVANGA, 8/11/18  
Nome: MAURILIO MARIANO PAIXÃO  
CPF: 105 074 204 - 46

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

x Maurilio Mariano Paixão  
Assinatura da vítima/beneficiário (se alfabetizado)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: 05.802 494/0001-41

CPF: TRACÇÃO CORRETORA

Assinatura DE SEGUROS LTDA

2ª | Nome: 15/11/2019

CPF: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL.

Assinatura Don Vitor - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179000974**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/04/2019** às **09:08**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **7/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CARUARU, 01 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

( AUTOR, AGENTE )  
JANUÁRIO OLIVEIRA DA SILVA ( OUTRO )  
MAURÍLIO MARIANO PAIXÃO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MAURÍLIO MARIANO PAIXÃO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA PAIXÃO Pai: JOSÉ MARIANO PAIXÃO Data de Nascimento: 12/1/1991 Naturalidade: SAO JOAQUIM DO MONTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8602218/SDS/PE (RG), 10507420446 (CPF), 1221963060 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares: -999410827**

Endereço Residencial: **RUA ESCADA, 536 - CEP: 55000-000 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**( não presente ao plantão ) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 01 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL**

**JANUÁRIO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA FEIRA DE SANTANA, 105 - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTA ROSA 13 CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

05.802.494/0001  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15.11.2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

17/04/2019



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JANUÁRIO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURÍLIO MARIANO PAIXÃO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGV6309** (PERNAMBUCO/CARUARU) Chassi: **9C2KD0810HR454365**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **RENAVAM N° 1129786657**

### Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA PELA AVENIDA CARUARU E PELO FATO DE ESTAR CHOVENDO VEIO A SE DESEQUILIBRAR E CAIR NO CHÃO. RELATA A VÍTIMA QUE COM A QUEDA BATEU COM A CLAVÍCULA E O TORNOZELO ESQUERDO NO CHÃO, PORÉM NA HORA NÃO SENTIU MUITA DOR. INFORMA A VÍTIMA QUE 02(DOIS) DIAS DEPOIS FOI ATÉ A UPA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE, POIS ESTAVA SENTINDO MUITAS DORES, CONFORME CÓPIA DE DOCUMENTO (ATENDIMENTO N° 404346 E PRONTUÁRIO N° 316620) ASSINADO PELO MÉDICO FÁBIO AMORIM. POR ÚLTIMO, RELATA A VÍTIMA QUE FOI CIRURGIADA EM UM HOSPITAL NA CIDADE DE BEZERROS/PE CONFORME CÓPIA DE DOCUMENTO ASSINADO PELO MÉDICO RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO CREMEPE 5379. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

*Maurílio Mariano Paixão*  
**MAURÍLIO MARIANO PAIXÃO**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOAO BERNARDO NETO** - Matrícula: **296958-0**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15.11.2019

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 105 074 204 - 46 Nome completo da vítima: MAURILIO MARIANO PAIXÃO  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: MAURILIO MARIANO PAIXÃO CPF: 105 074 204 - 46  
Profissão: VENDEDOR Endereço: RUA ESCADA Número: 536 Complemento: CASA  
Bairro: Bom Vista II Cidade: CAVANGA Estado: PE CEP: 55  
E-mail: maurilio.mariano.paixao@com.br Tel. Celular: (81) 9941 0822

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

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

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

☐ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: SANTANDER  
AGÊNCIA: 3090 CONTA: 010 53963 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório  
Local e Data: CAVANGA, 8/11/18  
Nome: MAURILIO MARIANO PAIXÃO  
CPF: 105 074 204 - 46

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (se aplicável): MAURILIO MARIANO PAIXÃO  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_  
Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1  
Bon Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: MAURILIO MARIANO PAIXAO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03090

CONTA: 000001053963-9

---

---

Nr. da Autenticação 45E6A6E72A52B438





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: **MAURILIO MARIANO PAIXAO**

Data Nascimento: 12/01/1991 Idade: 27 Anos, 2 Meses e 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01099793

Prontuário: 00237413

Senha N.º: **0214**

Data e Hora: 09/04/2018 18:18h

### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** PACIENTE COM RELATO DE VÔMITOS (1X HJ) + FEBRE DESDE ONTEM + DOR E EDEMA EM MIE E CLAVICULA ESQ APOS SOFRER QUEDA DE MOTO HA 2 DIAS.

### Alergia:

**Observação:** NEGA DIA E HAS  
NEGA ALERGIAS

### AFERICAÇÃO:

#### Peso:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

#### Altura:

P.A Diastólica: PAD: 90 MMHG

HGT:

Temperatura: TEMP.: 36,5 °C

Freq. Cardíaca:

### OPD / HDA:

DOR EM OMBRO E ETNZ ESQ

### Exame Físico:

DOR + EDEMA

### Exames complementares:

RX

### HD:

FRATURA DE CLAVICULA E TNZ ESQ

### Conduta:

TALA+ AO HRA

### Evolução:

Ass. de Médico

Dr(a): **MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA**  
CRM - 19148

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15.111.2119

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

RECIFE PE

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1394249285

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-05  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800-0810129 PRONTIDÃO 0800-0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800-281-0142  
Ouvidoria 0800-282-5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE 0800-727-0167-  
Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

|                                                                                  |                                                |                                                  |                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><b>MARIA DO SOCORRO DA SILVA</b>                      | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>01/07/2019</b> | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>21/06/2019 | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>0884656036</b>              |
| <b>ENDEREÇO</b><br>RUA ESCADA 536 -BOA VISTA<br>II/CARUARU -55038-520 CARUARU PE | <b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 150,67</b>      | <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>21/06/2019        | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br>RESIDENCIAL<br>Monofásico<br>B1 |
| <b>PERÍODO CONSUMO</b><br>23/05/2019 a 21/06/2019                                | <b>CONSUMO</b><br>153                          |                                                  |                                                         |
| ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 28,51        |                                                |                                                  |                                                         |
| <b>AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</b>                                                     | <b>VIA PARA PAGAMENTO</b>                      |                                                  |                                                         |

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 022120 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Hélio Ferreira de Moura, inscrito (a) no CPF/CNPJ 627773949, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maurício Mariano Fátima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105 074 204, 46, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítim. Maurício Mariano Fátima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105 074 204, 46, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: — Renda: — e apresento os documentos comprobatório:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|          |                                  |        |                         |                          |              |
|----------|----------------------------------|--------|-------------------------|--------------------------|--------------|
| Endereço | <u>Rua Ed. Franceses Santo</u>   | Número | <u>88</u>               | Complemento              | <u>TERMO</u> |
| Bairro   | <u>Centro</u>                    | Cidade | <u>Camamu</u>           | Estado                   | <u>PE</u>    |
| Email    | <u>HelioMoura@hotmail.com.br</u> |        | Telefone comercial(DDD) | <u>(81) 4105 - 9005</u>  |              |
|          |                                  |        | Telefone celular (DDD)  | <u>(81) 99911 - 9158</u> |              |

Camamu 22 de ABRIL de 2019  
Local e Data  
Hélio Ferreira de Moura  
Assinatura do Declarante  
05.802.494/0001-41  
CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 JUN 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Mista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

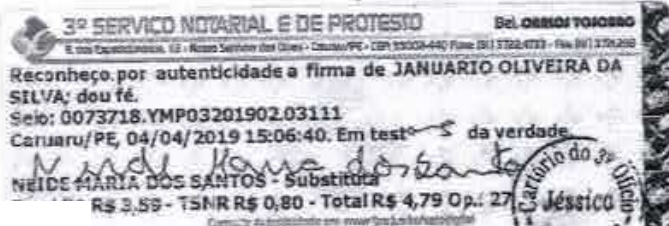
Eu, Januario Oliveira da Silva  
RG nº 4 192 125, data de expedição 30/01/14  
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 771-850-414-87  
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Faria de Santana, Santa Rosa, nº 105  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Maurilio Mariano Paixão, cujo o condutor era Maurilio Mariano Paixão  
Veículo: Motocicleta Modelo: honda/nxr160 Bros E Ano: 2017  
Placa: PGV6309 Chassi: 9C2KD0810AR454365  
Data do Acidente: 07/04/18

Local e Data: Caruaru, 03.04.19



Januario Oliveira da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15/04/2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: **MAURILIO MARIANO PAIXAO**

Data Nascimento: 12/01/1991

Idade: 27 Anos, 2 Meses e 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01099793

Prontuário: 00237413

Senha N.º: **0214**

Data e Hora: 09/04/2018 18:18h

### CLASSIFICAÇÃO:

**Queixa Principal:** PACIENTE COM RELATO DE VÔMITOS (1X HJ) + FEBRE DESDE ONTEM + DOR E EDEMA EM MIE E CLAVICULA ESQ APOS SOFRER QUEDA DE MOTO HA 2 DIAS.

### Alergia:

**Observação:** NEGA DIA E HAS  
NEGA ALERGIAS

### AFERICAÇÃO:

**Peso:**

**P.A Sistólica:** PAS: 130 MMHG

**Freq. Respiratória:** FR: 12 BPM

**Altura:**

**P.A Diastólica:** PAD: 90 MMHG

**HGT:**

**Temperatura:** TEMP.: 36,5 °C

**Freq. Cardíaca:**

### QPD / HDA:

DOR EM OMBRO E ETNZ ESQ

### Exame Físico:

DOR + EDEMA

### Exames complementares:

RX

### HD:

FRATURA DE CLAVICULA E TNZ ESQ

### Conduta:

TALA+ AO HRA

### Evolução:

Ass. de Médico  
Dr(a): **MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA**  
CRM - 19148

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 III 2119

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

RECIFE-PE

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55028-530



Radenthaus

Nome: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Prontuário: 316620

Idade: 27

**Sexo:** MASCULINO

Cor. PARDA

Religião:

CPF: 10507420446

RG: 8802218

CNS:700006903518902

Endereço: RUA ESCADA

№ 536

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55038520

Fone: 999410827

Profissão: AUTONOMO

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO

**Acompanhante:**

**Motivo do Atendimento: ATJ COM MOTOCICLETA**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data: 09/04/2016 11:56

Médico: MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:**

Exame Físico

PA:

FC:

FR

**Diag. Provisorio:**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 mm 7"

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

**Prescrição:**

Diets:

Data

### Horário



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA**

**3 - Evolução / Exames**

|       |                                                                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10/01 | Por E. Carlos Vitor foi comunicado a equipe de emergência para retirar o paciente com diagnóstico de IA para internamento em UTI. Paciente foi para UTI, onde foi realizado exame físico e exames de imagem. |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |
|       |                                                                                                                                                                                                              |

Dr. J. Carlos Vitor  
CRM: 10000000000000000000

**Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido**

☒ Paciente ☐ Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: MARILIA MARIANO PAIXÃO

RG: 260.2218-505/PE

Endereço: R. ESCADA, 336 - BOA VISTA II - CARUARU

Tel: 819 7741-0627

Data: 09/11/18

Assinatura

**Autorização de Procedimento**

☐ Paciente ☐ Familiar

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

Endereço: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Assinatura

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

**Destino do Paciente**

☐ Alta ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Evadiu-se ☐ Termo de Alta a Pedido  
☐ Transferência: \_\_\_\_\_ ☐ Internamento

**Condição de Alta**

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

4/9/2018 11:56:48 AM

2 de 2

Usuario do Atendimento

REMESSA 94/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15.11.2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



MS-DATASUS  
VERSÃO: 14.90

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA  
ESPELHO DA AIH

O.E.: M260190001 ESFERA: PRIVADO APRESENTAÇÃO: 05/2018 PAG.: 124  
Num AIH: 261810540525-6 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2018 DATA: 24/05/2018  
Data Autorização: 12/04/2018  
Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M260190001 CRC: 0505E7C76  
Doc autorizador: 980016003572395 Doc med resp: 204322839720003 Doc diretor clínico: 204322839720003 Doc médico solic: 206790411700001  
CNS: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA CNS: 70000660351890-2  
Paciente: MAURILIO MARIANO PAIXAO Prontuário: 118944  
Data Nasc.: 12/01/1991 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 8802218  
Responsável pac.: MAURILIO MARIANO PAIXAO Nome da Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO  
Endereço: QUINTA MARIA AMELIA DE JESUS 85 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 261330 - SAO JOAQUIM DO MONTE UF: PE CEP: 55870-000 Telefone: (81)0970-40526 Muda Proc.?: NÃO  
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Diag. principal: S25-FRATURA DO MALEOLO MEDIAL  
Complementar:  
Caráter atendimento: 01 - ELETIVO  
Data Internação: 12/04/2018 Data saída: 14/04/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01:  
[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
AIH Anterior: - AIH Posterior: -

CNPJ do Empregador: - CNAE: -  
Vínculo Previdência: - CSOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento       | CBO       | CNPJ/CMPJ      | Autoriz. Valor | Qtd | Cmpo    | Descrição                                   |
|-------|--------------|-----------------|-----------|----------------|----------------|-----|---------|---------------------------------------------|
| 1     | 0408050487   | 101119919910000 | 225270(1) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA             |
| 2     | 0408050497   | 980016283805592 | 225151(8) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA             |
| 3     | 0702030040   |                 |           | 41249434000107 | 2344254        | 1   | 04/2018 | ARRUELA USA                                 |
| 4     | 0702030724   |                 |           | 41249434000107 | 2344254        | 1   | 04/2018 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM                   |
| 5     | 0702030724   |                 |           | 41249434000107 | 2344254        | 1   | 04/2018 | PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM                   |
| 6     | 0702030830   |                 |           | 41249434000107 | 2344254        | 1   | 04/2018 | PLACA 1/8 TUBULAR 3,6 MM (INCLUI PARAFUSOS) |
| 7     | 0408050144   | 101119919910000 | 225270(1) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO        |
| 8     | 0408050144   | 980016283805592 | 225151(6) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO        |
| 9     | 0408010150   | 101119919910000 | 225270(1) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA          |
| 10    | 0408010150   | 980016283805592 | 225151(6) |                | 2344254        | 1   | 04/2018 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA          |
| 11    | 0702030929   |                 |           | 41249434000107 | 2344254        | 1   | 04/2018 | PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,6 MM (INCLUI        |
| 12    | 0892010016   |                 |           | 2344254        | 2344254        | 2   | 04/2018 | DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM          |

DADOS DE QPM

| Linha | Nota Fiscal | CNPJ Fornecedor    | Lote | Série | Reg. ANVISA | CNPJ Fabricante |
|-------|-------------|--------------------|------|-------|-------------|-----------------|
| 3     | 000.083.888 | 41.249.434/0001-07 |      |       |             |                 |
| 4     | 000.083.888 | 41.249.434/0001-07 |      |       |             |                 |
| 5     | 000.083.888 | 41.249.434/0001-07 |      |       |             |                 |
| 6     | 000.083.888 | 41.249.434/0001-07 |      |       |             |                 |
| 11    | 000.083.888 | 41.249.434/0001-07 |      |       |             |                 |

CID SECUNDÁRIO

| Cid  | Característica | Descrição                                                                        |
|------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| V299 | PREEXISTENTE   | MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NÃO ESPECIFICADO |

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12988, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

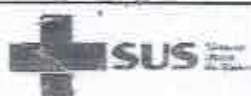
Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 200418  
Hospital Jesus Paquetino  
Assistente Social  
CREMEPE 4.471

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Assinatura Francisco Aragão Filho  
Médico  
CREMEPE: 5379

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





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                     |                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 - Nome do Estabelecimento Solicitante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO | 2 - CNES<br>2344254 |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante<br>HOSPITAL JESUS PEQUENINO  | 4 - CNES<br>2344254 |

Identificação do Paciente

|                                                                                         |                                        |                         |               |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| 5 - Nome do Paciente<br>MAURILIO MARIANO PAIXAO                                         | 6 - Número, do Prontuário<br>118944    |                         |               |              |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)<br>700006903518902                                   | 8 - Data Nascimento<br>12/01/1991      | 9 - Sexo<br>MASCULINO 1 | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia |
| 11 - Nome da Mãe<br>SEVERINA MARIA PAIXAO                                               | 12 - Telefone de Contato<br>8197040526 |                         |               |              |
| 13 - Nome Responsável                                                                   | 14 - Telefone de Contato               |                         |               |              |
| 15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)<br>RUA ESCADA, 536 () - BOA VISTA 2 |                                        |                         |               |              |
| 16 - Município de residência<br>CARUARU                                                 | 17 - Cod. IBGE município<br>2604106    | 18 - UF<br>PE           | 19 - CEP      |              |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 - Principais sinais e sintomas clínicos<br><i>fratura da TN7 + Clavícula e<br/>aprox 1cm</i>  |
| 21 - Condições que justificam a internação                                                       |
| 22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)<br><i>RX</i> |

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15 JUL 2019  
Rua de Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.063-010  
RECIFE-PE

|                                                                                                                              |                                                                               |                                                     |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 23 - Diagnóstico inicial<br>FRATURA TN7+PIAVICULA E                                                                          | 24 - CID 10 Principais<br>S825/542.0                                          | 25 - CID 10 Sec                                     | 26 - CID 10 Causas associadas                                      |
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado<br>PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>internamento</i>                                  |                                                                               |                                                     |                                                                    |
| 28 - Código do procedimento<br>04.02.03.014-4                                                                                | 29 - Clínica<br>ORTA                                                          |                                                     |                                                                    |
| 30 - Caracter de internação<br>Vagante                                                                                       | 31 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF                                             | 32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante | 33 - Nome do Profissional Solicitante<br>Iron Alves<br>CRM-PE 3601 |
| 34 - Data de solicitação<br>12/04/18                                                                                         | 35 - Assinatura e carimbo (N. do Registro do Conselho)<br><i>[Assinatura]</i> |                                                     |                                                                    |
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito                                                                                                |                                                                               |                                                     |                                                                    |
| 37 - ( ) Acidente de Trabalho típico                                                                                         |                                                                               |                                                     |                                                                    |
| 38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto                                                                                        |                                                                               |                                                     |                                                                    |
| 45 - Vínculo com a Previdência<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não segurado |                                                                               |                                                     |                                                                    |

AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                                                                                                                                             |                                                                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cod. Crgão Emissor                                                                                                                                                     | 52 - Nr. Autorização de internação hospitalar                                                        |
| 48 - Documento<br>( ) CNS ( ) CPF     | 49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador                                                                                                                       | Prefeitura Municipal de Bezerros<br>Secretaria de Saúde<br>NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL<br>261810540525-6 |
| 50 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)<br>Prefeitura Municipal de Bezerros<br>Secretaria Municipal de Saúde<br>Dr. Mauricio Cezar de Silva<br>CRM-PE 23.403 |                                                                                                      |

Conteúdo Com Documento

Original Bezerros PE 12/02/19  
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares  
Assistente Social  
CRESS/PE-10834



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Atendimento: 497559 Data: 12/04/2018 Hora: 21:28  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico:

Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-04  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Recepç.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA  
Matrícula: 700006903518902  
Identidade:  
Cartão SUS: 700006903518902

Paciente: 118944 MAURILIO MARIANO PAIXAO  
Nascimento: 12/01/1991 - 27 Anos e 3 Meses  
Endereço: RUA ESCADA, 538  
Bairro: BOA VISTA 2  
IBGE/Cidade: 2804106 CARUARU  
País: JOSE MARIANO PAIXAO  
Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO  
Nacionalidade: BRASIL

CEP:  
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 10507420446  
Identidade: 8802218 SDS PE  
Telefone: 8197040526  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 433546

Queixa do Paciente:

Doi em TNZ + Clavícula

A:

pt c/ fratura TNZ + Clavícula e  
apoiado

Exame Físico:

RT

H.D.:

FRATURA TNZ + CLAVÍCULA E

Tratamento:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

Rua da Aurora, nº 125, Sl 902 BL-C  
Boa Vista - CEP: 55.060-070  
RECIFE-PE

Bezerros, 12 de abril de 2018

Conferido Com Documento  
Original Bezerros PE 120719  
Hospital Jesus Pequenino

Robertta Tavares  
Assistente Social  
CRESS/PE-10934

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves  
CRM-PE 3601



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO****FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**Acomodação: ENFER\_02 - LEITO-04  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICAAtendimento: 497559 Data: 12/04/2018 Hora: 21:29  
Convênio: SES- ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico:Recep.: ADRIANA SANTANA DE OLIVEIRA  
Matrícula: 700006903518902  
Identidade:  
Cartão SUS: 700006903518902Paciente: 118944 MAURILIO MARIANO PAIXAO  
Nascimento: 12/01/1991 - 27 Anos e 3 Meses  
Endereço: RUA ESCADA, 536  
Bairro: BOA VISTA 2  
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
País: JOSE MARIANO PAIXAO  
Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO  
Nacionalidade: BRASILSexo: MASCULINO Cor:  
Est. Civil:  
C.P.F. 10507420446  
Identidade: 8602218 SDS PE  
Telefone: 8197040526  
G. Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade:

Recepcionista: \_\_\_\_\_

Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
( ) Assinou o termo**Alta Hospitalar**

Data: 14/04/18

Médico: \_\_\_\_\_

Dr. Ronaldo Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

Assinatura / CRM

**Observação****Transferência Hospitalar**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM

**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

**Óbito**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

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

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento  
Original Bazeiros PE 12/04/18  
Hospital Jesus PequenoRobertta Tavares  
Assistente Social  
CRESS/PE-10934

**RELATÓRIO CIRÚRGICO**

|                                                                                                                                                                             |                                                                                |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br>MAURILIO MARIANO PAIXÃO                                                                                                                                 |                                                                                | NÚMERO DO REGISTRO<br>118544 |
| CLÍNICA ORTOPÉDICA                                                                                                                                                          |                                                                                |                              |
| CIRURGIÃO<br>RONALDO EVANGELISTA                                                                                                                                            |                                                                                |                              |
| ANESTESIA<br>RAQUIDIANA + BLOQUEIO                                                                                                                                          |                                                                                | ANESTESISTA<br>DRA. PRISCILA |
| DATA DA OPERAÇÃO<br>13/04/2018                                                                                                                                              |                                                                                |                              |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO<br>FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA                                                                                 |                                                                                |                              |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO<br>FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA                                                                                 |                                                                                |                              |
| OPERAÇÃO PROPOSTA<br>REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + TRATAMENTO CIRÚRGICO E FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA |                                                                                |                              |
| OPERAÇÃO REALIZADA<br>A PROPOSTA                                                                                                                                            |                                                                                |                              |
| <b>DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>                                                                                                                                          |                                                                                |                              |
| 1                                                                                                                                                                           | PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA                                      |                              |
| 2                                                                                                                                                                           | ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS                           |                              |
| 3                                                                                                                                                                           | INCISÃO NA FACE LATERAL DO TORNOZELO                                           |                              |
| 4                                                                                                                                                                           | ABERTURA DA APONEUROSE                                                         |                              |
| 5                                                                                                                                                                           | DIVULSÃO POR PLANOS                                                            |                              |
| 6                                                                                                                                                                           | ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA DO MALEOLO LATERAL                                |                              |
| 7                                                                                                                                                                           | REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS                             |                              |
| 8                                                                                                                                                                           | INCISÃO NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO                                            |                              |
| 9                                                                                                                                                                           | LIGAMENTOPLASTIA DO DELTOIDE                                                   |                              |
| 10                                                                                                                                                                          | REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS, SENDO UM COM ARRUELA |                              |
| 11                                                                                                                                                                          | OBSERVADAS BOAS REDUÇÕES E FIXAÇÕES SOB FLUOROSCOPIA                           |                              |
| 12                                                                                                                                                                          | FECHAMENTO POR PLANOS                                                          |                              |
| 13                                                                                                                                                                          | CURATIVO                                                                       |                              |
| 14                                                                                                                                                                          | RETIRADA DA FAIXA DE ESMARCH                                                   |                              |
| 15                                                                                                                                                                          | ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DO CAMPO OPERATÓRIO DA CLAVICULA                        |                              |
| 16                                                                                                                                                                          | INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA PARA ACESSO AO FOCO DA FRATURA        |                              |
| 17                                                                                                                                                                          | REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS                             |                              |
| 18                                                                                                                                                                          | OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA                               |                              |
| 19                                                                                                                                                                          | FECHAMENTO POR PLANOS                                                          |                              |
| 20                                                                                                                                                                          | CURATIVO                                                                       |                              |

Ronaldo Evangelista  
 Ortopedista  
 CRM 3760

Conferido Com Documento  
 Original Bezerras PE 190719  
 Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tava  
 Assistente Social  
 CRESS/PE-10934

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15/11/2019  
 Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE



# FICHA DE ANESTESIA

Nº \_\_\_\_\_  
Data: 13/04/18

Anestesia: Luquidiana / Bl. NB de peso biognif.  
Nome: Maurilio Maurilio Pereira Nº do Registro: 11894 Nº. na Clínica: \_\_\_\_\_  
Clínica: Ortopedia Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: 27 Sexo: M Cor: P  
Operador: Dr. Priscilla Assist.: \_\_\_\_\_ Anestesiista: Dra. Priscilla  
Diag. Preop.: Fratura de tornozelo exp. Diag. Posop.: \_\_\_\_\_  
Op. Proposta: Fixação Op. Realizada: \_\_\_\_\_  
Premedicação: Mbz 2g / Fenil 1mg Hora: 16:15 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 2-3-4

## PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

|          |    | 15 | 30 | 45 | 15 | 30  | 45  | 15  | 30  | 45  | 15  | 30  | 45  | 15  | 30  |
|----------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| AGENTES  |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Líquidos |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| PR V.    | °C | 36 | 37 | 38 | 39 | 40  | 41  | 42  | 43  | 44  | 45  | 46  | 47  | 48  | 49  |
| PULSO    |    | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 110 | 120 | 130 | 140 | 150 | 160 | 170 | 180 | 190 |
| ANES     |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| OP.      |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| TEMP.    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ASPIR.   |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| RESPI.   |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ECG      |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| SÍMBOLOS |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Conferido Com Documento Original em 12/02/19 Hospital Jesus Pequeno

| AGENTES                      | DOSES | TÉCNICA                            | ANOTAÇÕES |
|------------------------------|-------|------------------------------------|-----------|
| 1. <u>Luquidiana P. 13g</u>  |       | <u>De neurológico, KCR on</u>      |           |
| 2. <u>Oxígeno 10L</u>        |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 3. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 4. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 5. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 6. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 7. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 8. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| 9. <u>Neurológico 0.375g</u> |       | <u>Respiração / oxigenação por</u> |           |
| LÍQUIDOS                     |       |                                    |           |
| 1. <u>Neurológico 40g</u>    |       |                                    |           |
| 2. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 3. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 4. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 5. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 6. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 7. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 8. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| 9. <u>Neurológico 20g</u>    |       |                                    |           |
| TOTAL                        |       |                                    |           |
| OPERAÇÃO:                    |       |                                    |           |
| ANESTESISTA:                 |       |                                    |           |
| CIRURGIÃO:                   |       |                                    |           |
| PERDA SANGÜEA:               |       |                                    |           |





HOSPITAL  
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: Comanda 348342

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Wendell Jordano Paixão Registro Nº: 118944  
Aptº: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Data: 13/04/18  
Cirurgia: Ext. Tm + Ovariotomia Cirurgião: Dr. Rangel  
Anestesia: Rugue + Drogas Anestesista: Dr. Pires  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

| Especificação        | Quant. | Valor Unit. | Valor Total | Especificação     | Quant. | Valor Unit. | Valor Total |
|----------------------|--------|-------------|-------------|-------------------|--------|-------------|-------------|
| Atropina             |        |             |             | Manitol           |        |             |             |
| Adrenalina           |        |             |             | Nalorfin          |        |             |             |
| Aminofilina          |        |             |             | Narcan            |        |             |             |
| Água Destilada       | 04     |             |             | Nipride           |        |             |             |
| Alloferina           |        |             |             | Novamin           |        |             |             |
| Bicarbonato de Sódio |        |             |             | Plasil            |        |             |             |
| Cloreto de Potássio  |        |             |             | Prostigmine       |        |             |             |
| Cloreto de Sódio     |        |             |             | Quemisetina       |        |             |             |
| Cedilanide           |        |             |             | Quelcin           |        |             |             |
| Decadron             | 01     |             |             | Rifocina 150      |        |             |             |
| Dormonid             | 01     |             |             | Rifocina 500      |        |             |             |
| Diazepam             |        |             |             | Rocefin I. M.     |        |             |             |
| Dofantina            |        |             |             | Rocefin I. V.     |        |             |             |
| Etrane               |        |             |             | Revivan           |        |             |             |
| Efortil              |        |             |             | Ringer c/ Lactato |        |             |             |
| Fenergan             |        |             |             | Sintoclon         |        |             |             |
| Flaxedil             |        |             |             | Styplanon         |        |             |             |
| Fentanil             | 01     |             |             | Solu-Cortef       |        |             |             |
| Fibrase              |        |             |             | Sulfato Magnésio  |        |             |             |
| Fluimucil            |        |             |             | Soro Glicosado    |        |             |             |
| Furacin Sol          |        |             |             | Soro Fisiológico  |        |             |             |
| Furacin Pomada       |        |             |             | Thionembatal      |        |             |             |
| Gluconato Cálcio     |        |             |             | Xylocaina Pesada  |        |             |             |
| Glicose              |        |             |             | Xylocaina 2% s/a  | 01     |             |             |
| Garamicina 80        |        |             |             | Xylocaina 2% c/a  |        |             |             |
| Heparina 5.000       |        |             |             | Xylocaina 1% s/a  |        |             |             |
| Halotano             |        |             |             | Xylocaina Geléia  |        |             |             |
| Haemacoel            |        |             |             | Xylocaina Spray   |        |             |             |
| Inoval               |        |             |             |                   |        |             |             |
| Keflin               | 01     |             |             |                   |        |             |             |
| Ketalar              |        |             |             |                   |        |             |             |
| Lasix                |        |             |             |                   |        |             |             |
| Methergin            |        |             |             |                   |        |             |             |
| Marcalna Pesada      | 01     |             |             |                   |        |             |             |
| Marcalna s/a         |        |             |             |                   |        |             |             |
| Marcalna c/a         | 01     |             |             |                   |        |             |             |

Maria do Carmo de Santana  
Téc. Enfermagem  
COREN 453706

Robertta Tavar  
Assistente Social  
CRESP/PE-10934

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

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



| Especificação              | Quant. | Valor Unit. | Valor Total | Especificação    | Quant. | Valor Unit. | Valor Total |
|----------------------------|--------|-------------|-------------|------------------|--------|-------------|-------------|
| Abbocath T                 | 01     |             |             | Urofix           |        |             |             |
| Agulha Desc.               | 25/12  |             |             | Vaselina Bisnaga |        |             |             |
| Agulha Gengival            |        |             |             |                  |        |             |             |
| Agulha Raque               | 25     |             |             | FIOS             |        |             |             |
| Agulha Sutura              |        |             |             |                  |        |             |             |
| Algodão Hidrófilo          |        |             |             | CatGut Simpa s/a |        |             |             |
| Algodão Ortopédico         | 01     |             |             | CatGut Simp c/a  |        |             |             |
| Atadura Gase               |        |             |             | CatGut Crom s/a  |        |             |             |
| Atadura Crepe              | 150    |             |             | CatGut Crom c/a  | 0      | 03          |             |
| Atadura Gesso              |        |             |             | Flo de Algodão   |        |             |             |
| Bolsa p/ Colostomia        |        |             |             | Flo de Aço       |        |             |             |
| Comp. Cirúrgica            | 20     |             |             | Flo Kirschner    |        |             |             |
| Dreno Tórax                |        |             |             | Flo Umbilical    |        |             |             |
| Dreno Tórax Kerr           |        |             |             | Mononylon        | 2.0    | 02          |             |
| Dreno Penrose              |        |             |             | Mononylon        | 3.0    | 01          |             |
| Equipo p/ Soro             |        |             |             | Prolene          |        |             |             |
| Equipo Macro Gotas         |        |             |             | Prolene          |        |             |             |
| Esparradrapo               | TX     |             |             | Polycot          |        |             |             |
| Esparradrapo Anti-alérgico |        |             |             | Seda             |        |             |             |
| Esparradrapo Micropore     |        |             |             | Seda             |        |             |             |
| Fleet Enema                |        |             |             |                  |        |             |             |
| Gase 7x5x7,5               | 06     |             |             | LÍQUIDOS         |        |             |             |
| Gase Furacionada           |        |             |             | Água Oxigenada   | 500    |             |             |
| Gelfoan                    |        |             |             | Alcool Simples   | 700    |             |             |
| H. Kuntscher               |        |             |             | Alcool Iodado    | 200    |             |             |
| Intracath                  |        |             |             | Éter             | 200    |             |             |
| Luva Descartável           | 200    |             |             | Formol           |        |             |             |
| Luva Comum                 | 10     |             |             | Gempol           |        |             |             |
| Lâmina Bisturi             | 21     |             |             | Glutaril         |        |             |             |
| Lâmina Gillette            |        |             |             | Pov Tópico       |        |             |             |
| Látex 204                  |        |             |             | Pov Degermante   |        |             |             |
| P. S. Petersen             |        |             |             |                  |        |             |             |
| P. L. Sherman              |        |             |             |                  |        |             |             |
| Pr. S. Petersen            |        |             |             |                  |        |             |             |
| Par. Sherman               |        |             |             |                  |        |             |             |
| Pino Steiman               |        |             |             |                  |        |             |             |
| Prótese Thompson           |        |             |             |                  |        |             |             |
| Scalp                      |        |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa 03 cc              | 02     |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa 05 cc              | 02     |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa 10 cc              | 02     |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa 20 cc              |        |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa Vidro 05 cc        |        |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa Vidro 10 cc        |        |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa Vidro 20 cc        |        |             |             |                  |        |             |             |
| Seringa de 01 cc           |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda Estom n°             |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda Levine n°            |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda Uretral n°           |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda Foley n°             |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda "3v n°               |        |             |             |                  |        |             |             |
| Sonda p/ O <sub>2</sub>    | 01     |             |             |                  |        |             |             |

Nota do Correto de Seguro  
 Recibo de Seguro  
 COREN 45.119  
 TRATADO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

15.11.2019  
 Rua da Aurora, nº 17A, SL 902 BL. C  
 São Paulo - CEP: 04.060-010  
 RECIBO





Hospital Regional  
JÊSU PEQUENO

## EVOLUÇÃO MÉDICA

MAURILIO MARIANO PAIXÃO

12/04/2018: PACIENTE COM FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

13/04/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO + REPARO LIGAMENTAR DO TORNOZELO ESQUERDO + FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA. MEDICADO.

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

14/04/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Renato Evangelista  
Ortopedista  
CRM 3764

Conferido Com Documento  
Original Bezaros PE 12/07/19  
Hospital Jesus Pequeno

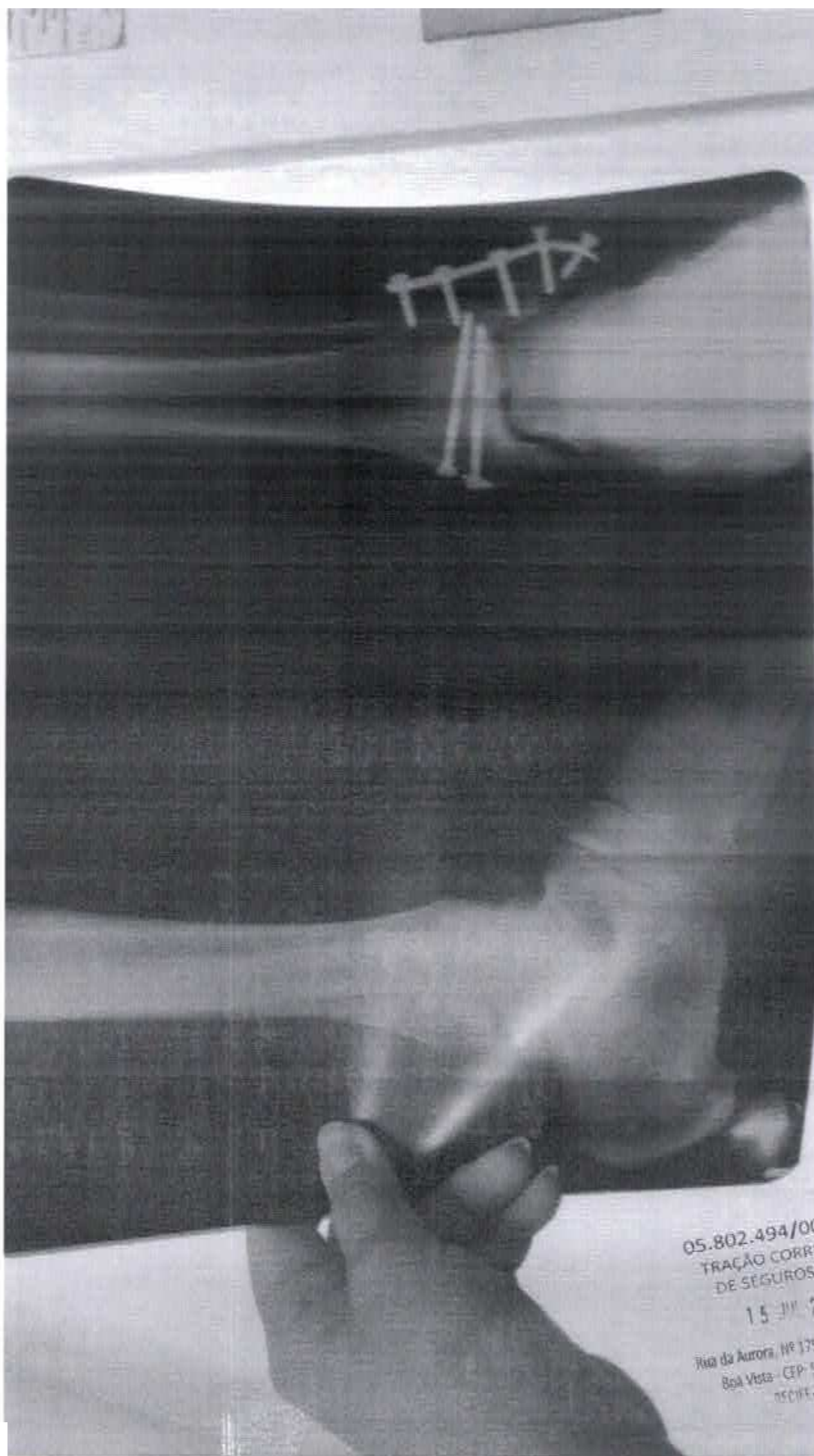
Robertta Tavares  
Assistente Social  
CRESS/PE-10934

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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





05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 135, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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



*Procurador*

Terça-Feira de Energia Elétrica: Cesta pelo Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. Jôão de Sousa, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-000  
 CNPJ 06.966.701/0001-04 | Inscrição: 02794549 | www.celpe.com.br

**CELPE**

**DADOS DO CLIENTE**  
 MARIA ADELINO DE MOURA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA CEL. FRANCISCO DOS SANTOS 88

**Nº DA DMS DOBIS/CAIARIU**  
 CAIARIU/PE  
 55004-240

**CPF: 455.373.977-60**

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

**DATA DE EMISSÃO**  
 27/08/2019

**PERÍODO DE FATORAÇÃO**  
 19/07/2019 a 27/08/2019

**TOTAL A PAGAR R\$**  
 17,38

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| QUANTIDADE | PREÇO UN. | VALOR UN. |
|------------|-----------|-----------|
| 30,0000000 | 0,5545455 | 16,63     |
|            |           | 0,11      |
|            |           | 0,39      |
|            |           | 0,17      |
|            |           | 0,14      |

**TOTAL DA FATURA**  
 17,38

**Demonstrativo de Consumo desta Nota Fiscal**

| SP DO | TIPO DA | ANTERIOR | LEITURA | DATA       | ATUAL | LEITURA | DATA | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|-------|---------|----------|---------|------------|-------|---------|------|---------|--------|---------------|
| 73203 | CAI     | 00000000 | 017,30  | 10/03/2019 | 04220 | 04220   | 20   | 0,0000  |        | 0,00          |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

| PERÍODO | CONSUMO (KWH) | VALOR (R\$) |
|---------|---------------|-------------|
| ABR 19  | 20            | 1,11        |
| MAY 19  | 30            | 1,66        |
| JUN 19  | 30            | 1,66        |
| JUL 19  | 30            | 1,66        |
| AUG 19  | 30            | 1,66        |
| SET 19  | 30            | 1,66        |
| OCT 19  | 30            | 1,66        |
| NOV 19  | 30            | 1,66        |
| DEZ 19  | 30            | 1,66        |
| JAN 20  | 30            | 1,66        |
| FEB 20  | 30            | 1,66        |
| MAR 20  | 30            | 1,66        |
| ABR 20  | 30            | 1,66        |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para saber mais sobre o seu consumo, acesse o site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) ou ligue para 0800 000 0000. O consumo é medido em kWh (quilowatt-hora). O valor do kWh varia de acordo com o tipo de consumo e o período de faturação. Para saber mais sobre o seu consumo, acesse o site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) ou ligue para 0800 000 0000.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

**CPF: 455.373.977-60**

**ENDEREÇO**  
 RUA CEL. FRANCISCO DOS SANTOS 88

**DATA DE EMISSÃO**  
 27/08/2019

**PERÍODO DE FATORAÇÃO**  
 19/07/2019 a 27/08/2019

**TOTAL A PAGAR R\$**  
 17,38

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| QUANTIDADE | PREÇO UN. | VALOR UN. |
|------------|-----------|-----------|
| 30,0000000 | 0,5545455 | 16,63     |
|            |           | 0,11      |
|            |           | 0,39      |
|            |           | 0,17      |
|            |           | 0,14      |

**TOTAL DA FATURA**  
 17,38

**Demonstrativo de Consumo desta Nota Fiscal**

| SP DO | TIPO DA | ANTERIOR | LEITURA | DATA       | ATUAL | LEITURA | DATA | CONSUMO | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|-------|---------|----------|---------|------------|-------|---------|------|---------|--------|---------------|
| 73203 | CAI     | 00000000 | 017,30  | 10/03/2019 | 04220 | 04220   | 20   | 0,0000  |        | 0,00          |

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

| PERÍODO | CONSUMO (KWH) | VALOR (R\$) |
|---------|---------------|-------------|
| ABR 19  | 20            | 1,11        |
| MAY 19  | 30            | 1,66        |
| JUN 19  | 30            | 1,66        |
| JUL 19  | 30            | 1,66        |
| AUG 19  | 30            | 1,66        |
| SET 19  | 30            | 1,66        |
| OCT 19  | 30            | 1,66        |
| NOV 19  | 30            | 1,66        |
| DEZ 19  | 30            | 1,66        |
| JAN 20  | 30            | 1,66        |
| FEB 20  | 30            | 1,66        |
| MAR 20  | 30            | 1,66        |
| ABR 20  | 30            | 1,66        |

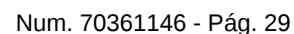
**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Para saber mais sobre o seu consumo, acesse o site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) ou ligue para 0800 000 0000. O consumo é medido em kWh (quilowatt-hora). O valor do kWh varia de acordo com o tipo de consumo e o período de faturação. Para saber mais sobre o seu consumo, acesse o site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br) ou ligue para 0800 000 0000.

05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

15/11/2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
15/11/2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190428160 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURILIO MARIANO PAIXAO **Data do acidente:** 07/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA  
FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO COM LESÃO LIGAMENTAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSsíntese (PLACA E PARAFUSOS NA CLAVÍCULA E TORNOZELO) E ALTA MÉDICA. PÁG 5 /8 A 10

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo  | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: Maurilio Mariano Paixão  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Casado  
 Profissão: Vendedor  
 Identidade: 860 2218 505-16 CPF: 105 074.204-46  
 Endereço: Rua Escada 536 - Boa Vista  
Caruaru - PE - CEP. 55

## OUTORGADO:

Nome: Hélio Ferreira de Moura  
 Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Casado  
 Profissão: Autônomo  
 Identidade: 3713 448 505-16 CPF: 62777/3944-15  
 Endereço: Rua Cel. Francisco Santos 88 - Centro  
Caruaru - PE CEP. 55 004-240

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

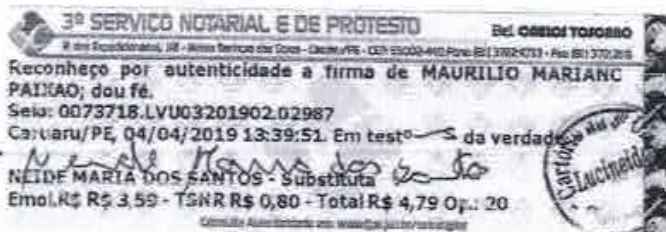
Caruaru, 03-04-19

LOCAL E DATA:



Maurilio Mariano Paixão

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 15 JUN 2019  
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 PL. C  
 Boa Vista - CEP: 55060-070  
 RECIFE-PE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238194/19

**Vítima:** MAURILIO MARIANO PAIXAO

**CPF:** 105.074.204-46

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 07/04/2018

**Titular do CPF:** MAURILIO MARIANO PAIXAO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### HELIO FERREIRA DE MOURA : 627.773.944-15

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

#### MAURILIO MARIANO PAIXAO : 105.074.204-46

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019  
Nome: HELIO FERREIRA DE MOURA  
CPF: 627.773.944-15

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

HELIO FERREIRA DE MOURA

Steffany Carolyn Lins Veloso

