

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323853/20

Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF: 031.328.174-22

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/07/2020

Titular do CPF: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA : 031.328.174-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	CRISTIANO MIGUEL PEREIRA.	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO.
Profissão:	—	
Identidade:	5.642.358 SDS-PE CPF: 031.328.174-22.	
Endereço:	5ª TVª AGAMENOM MAGALHÃES, 55A, CSA, J. FRAZOSO - PAULISTA, PE	

OUTORGADO:

Nome:	VALMIR HONORIO DA SILVA.	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: CASADO.
Profissão:	—	
Identidade:	2.948.595 SDS-PE CPF: 621.228.354-00.	
Endereço:	RUA UBIRAJARA, 16, TABAJARA, OLINDA - PE.	

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.

RECIFE 26 de OUTUBRO 2020

LOCAL E DATA:

+ Cristiano Miguel Pereira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200407620 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA **Data do acidente:** 31/07/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PERNA DIREITA (SEM FRATURAS). P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200407620 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA **Data do acidente:** 31/07/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM PERNA DIREITA (SEM FRATURAS). P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: 3

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0323853/20

Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF: 031.328.174-22

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/07/2020

Titular do CPF: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA : 031.328.174-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Rua Doutor Osvaldo Machado, 62 - Selgadinho - Olinda - PE

Contatos: (81)3426-1375 / (81)99981-5451

E-mail: sinergiaaudeatendimento@gmail.com

FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA: 31/08/2020

Nome: Cristiano Miguel Pereira CPF: 031.328.174-22

DN: 14/09/1977 Sexo: Masc. Profissão: _____

Endereço: Rua Argememur Magalhães 65.

Telefone Fixo: _____ N° Celular: _____

Médico: _____ Diagnóstico: Síndrome do Túnel do Carpo

QP: Do / Incapacidade em trabalhar.

HDA: Não. No dia 31/07/2020 o paciente relatou a sua
avaliação, porém em um erro e não o caso.

Cirurgias Anteriores: _____

DM () HIPERTENSÃO () CARDIOPATIA () OSTEOPOROSE () OUTROS ()

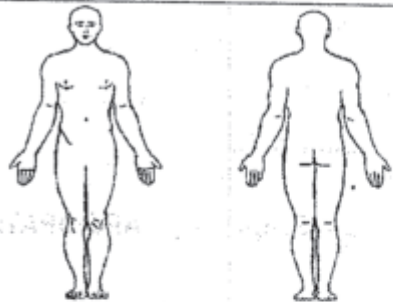
	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
01	31/08		<i>[Assinatura]</i>	11	15/09		<i>[Assinatura]</i>
02	01/09		<i>[Assinatura]</i>	12	16/09		<i>[Assinatura]</i>
03	02/09		<i>[Assinatura]</i>	13	17/09		<i>[Assinatura]</i>
04	03/09		<i>[Assinatura]</i>	14	18/09		<i>[Assinatura]</i>
05	04/09		<i>[Assinatura]</i>	15	21/09		<i>[Assinatura]</i>
06	08/09		<i>[Assinatura]</i>	16	22/09		<i>[Assinatura]</i>
07	09/09		<i>[Assinatura]</i>	17	23/09		<i>[Assinatura]</i>
08	10/09		<i>[Assinatura]</i>	18	24/09		<i>[Assinatura]</i>
09	11/09		<i>[Assinatura]</i>	19	25/09		<i>[Assinatura]</i>
10	14/09		<i>[Assinatura]</i>	20	28/09		<i>[Assinatura]</i>

	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
21	29/10		CMP	31	13/10		CMP
22	30/10		CMP	32	14/10		CMP
23	01/10		CMP	33	15/10		CMP
24	02/10		CMP	34	16/10		CMP
25	03/10		CMP	35	19/10		CMP
26	03/10		CMP	36	20/10		CMP
27	27/10		CMP	37	21/10		CMP
28	08/10		CMP	38	22/10		CMP
29	09/10		CMP	39	23/10		CMP
30	12/10		CMP	40	26/10		CMP

*Plano de pagamento () Pacote () A vista Obs: _____

EXAME FÍSICO

1. Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Características e dor: dequeto
3. Palpação: dequeto
4. Edema: _____
5. Sensibilidade: _____
6. Tônus/reflexos: _____
7. Postura/equilíbrio/coordenação: _____
8. Marcha/transferência: _____
9. Estado funcional/ADV's: _____
10. Testes especiais: _____

AREA	ADM	FORÇA(0-5)		
MMS				
MMII				

TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO

PLANO DE TRATAMENTO: _____ SESSÕES: _____ X/SEMANA DIAS: _____

HORÁRIO: _____

Instituição, _____ de _____ de _____.

[Assinatura]
Carimbo e Assinatura

Atendimento: 1634604

Data e Hora: 31/07/2020 19:40

Senha da Classificação:

0139

Paciente: 13043 CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

Sexo: MASCULINO

Raça/Cor: PARDA

Nome Social:

Etnia:

Data do Nascimento: 14/09/1977 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DAS GRACAS FERREIRA DOS SA Nome do Pai: SEVERINO MIGUEL PEREIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SAO LUIZ

-- A

55

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53060770

Usuário Atendimento: ERIKATF

RG (Identidade): 5642358

SSP/PE

Data de Emissão:

Fone: 88129605

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03132817422

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

2 Dor e inchaço D
e o L da D e 25
queda de peso hof

Exame Físico

Hipotese Diagnostico

Contusão e per D

Conduta Terapeutica

Rx re fraturas

Prescrição Médica

① Cetoprofeno 100 mg - 1 op AM
20/20

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio (X) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Francisco Rossi
Ortopedista
CRM-PE: 23568 - TEOT: 15981

Carimbo/Médico



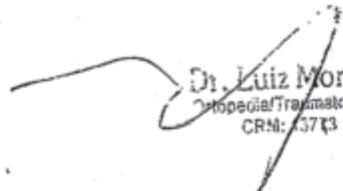
1634604

RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Continuando Maguel Penne, deu entrada na Unidade Hospitalar. Vitima de Ac. de Trancado, em 31/07/2020. O mesmo tem uma fratura e Contusão no Tornozelo (end 10.593.4), sem de exclusão pelo exame, segue orientado e desambulando. Encaminha para realização de 40 sessões de fisioterapia.

Ata Ambulatorial em
31/07/2020


Dr. Luiz Moraes
Especialista em Traumatologia
CRM: 3743

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/07/2020 19:35

Nome Paciente: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 14/09/1977
Sexo: Masculino
Idade: 42 anos
Senha: 0139
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 31/07/2020 19:37 - 31/07/2020 19:38

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO SAMU OLINDA COM RELATO DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSD + ESCORIAÇÕES, NEGA VÔMITO E DESMAIO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. DIASTOLICA: 70.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 30.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.60 °C

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/07/2020 19:38

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 VALMIR HONORIO DA SILVA.

inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA. inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.328.174 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CRISTIANO MIGUEL PEREIRA.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.328.174 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 UBIRAJARA</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>TABAJARA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.360-530</u>	Tel.(DDD): <u>81.98790-9451</u>

Local e Data: RECIFE, 26 DE OUTUBRO 2020.



Assinatura do Declarante

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38



ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38



RECIFE PE PLZ

WILMIR HONORIO DA SILVA

UBIRAJARA 16

ABAJARA

53360-530 OLINDA PE



72110942302233000000

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38



ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38

ASL-0237168/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:08:38



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTAS DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.612/0001-03 | Ins. Est. 0035843-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 685.580.074-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
IV S AGAMENOM MAGALHAES 55 --A
CS-A

SITIO FRAGOSO/PAULISTA
PAULISTA PE
53400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTRATO	VALIDADE
7036129284	10/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
20/10/2020	11/11/2020
TOTAL A PAGAR	195,82

CONTRATO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
127891888	UNICA	13/10/2020
CONTRATO	UNICA	DATA DE VENCIMENTO
13/10/2020	2017000212	8835760

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	213,750000	0,46225146	98,80
Consumo Ativo (kWh)-TE	213,750000	0,35828051	76,79
Contrib. (un. Pública Municipal)			10,98
ICMS Subvenção-CDE-AN 119/00774-12/08/20			1,25
TOTAL DA FATURA			195,82

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DEBTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
313221288	CAT	11-09-2020	144638	10-10-2020	208155	30	1,00203		217,19

CONTRIBUIÇÃO DE ENERGIA				CONTRIBUIÇÃO DE ENERGIA			
OUT 20	314			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
SET 20	185			175,59	26,00	45,69	
AGO 20	206			ICMS	0,80	1,35	
JUL 20	363			PIS	4,19	7,35	
JUN 20	450			COPINS			
MAI 20	590						
ABR 20							
MAR 20							
FEV 20							
JAN 20							
DEZ 19							
NOV 19							
OUT 19							

Atenção: A Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no fornecimento de energia elétrica. A responsabilidade é do consumidor. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no fornecimento de energia elétrica. A responsabilidade é do consumidor.

ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Débito	Valor	Débito	Valor
158,52	130,00	117,89	175,73	126,60

Este comunicado não substitui o envio de e-mails e não contém informações sobre o fornecimento de energia elétrica. A responsabilidade é do consumidor. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no fornecimento de energia elétrica. A responsabilidade é do consumidor.

TENSÃO NOMINAL (V)				TENSÃO NOMINAL (V)			
220	202	231		220	202	231	
220	202	231		220	202	231	



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. **20E0114005479**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2020** às **12:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/7/2020** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **OLINDA, 1, RODOVIA PE-15 - OURO PRETO - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53370-491 - Ponto de Referência: SUBIDA DO VIADUTO DE OURO PRETO**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTIANO MIGUEL PEREIRA**

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

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: **MARIA DAS GRACAS FERREIRA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO MIGUEL PEREIRA** Data de Nascimento: **14/9/1977**

Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **5642368/SDS/PE (RG), 03132817422 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**

Profissão: **VIGILANTE**

Telefones Celulares:

- **988129605**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE FRAGOSO (BAIRRO), 55, 5 TRAVESSA AGAMENON MAGALHAES, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTIANO MIGUEL PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CRISTIANO MIGUEL PEREIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET5474 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

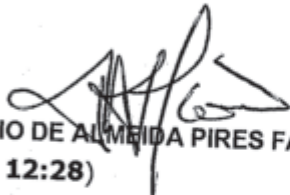
INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA QUANDO NA SUBIDA DO

VIADUTO VEIO A CAIR NUM BURACO E PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO. FOI SOCORRIDO PARA UPA DE OLIND CONFORME PRONTUARIO Nº 1634604.

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



CRISTIANO MIGUEL PEREIRA
(VITIMA)



B.O. registrado por: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO - Matrícula: 220.926-8
(Liberado em **04/11/2020** às **12:28**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.328.174-22 4 - Nome completo da vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA.

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

5 - Nome completo: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA. 6 - CPF: 031.328.174-22
7 - Profissão: RECUSA. 8 - Endereço: 5ª TVª AGAMENOM MAGALHÃES 9 - Número: 55A 10 - Complemento: CSA A
11 - Bairro: SÍTIO FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.400-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.9.8535-2092

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (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: _____
AGÊNCIA: 0821 4 CONTA: 73.569 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Assinatura da vítima ou do representante não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 26 de outubro 2020

* Cristiano Miguel Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 031.328.174-22 4 - Nome completo da vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA.

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

5 - Nome completo: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA. 6 - CPF: 031.328.174-22
7 - Profissão: RECUSA. 8 - Endereço: 5ª TVª AGAMENOM MAGALHÃES 9 - Número: 55A 10 - Complemento: CSA A
11 - Bairro: SÍTIO FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.400-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81.9.8535-2092

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0821 4 CONTA: 73.569 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Assinatura da vítima ou do representante legal não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 26 de outubro 2020

* Cristiano Miguel Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200407620

Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

Data do Acidente: 31/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 31/07/2020, emitido pelo Dr. FRANCISCO ROSSI CRM nº 29368 - PE, da Instituição UPA OLINDA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316592/20

Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF: 031.328.174-22

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/07/2020

Titular do CPF: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA : 031.328.174-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HUMBERTO ARAÚJO DE SOUZA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MOTORISTA, CI RG nº
4971722-SDSP, CPF/MF nº 002.014.004-56, residente e domiciliado(a)
à Rua COREIA DO NORTE, 36, CRUZ D'REBOUCAS, Cidade de
IGARASSU, Estado PERNAMBUCO, CEP:
53.000-600, telefone 81.9.8330-8335.

OUTORGADO: VALMIR HONORIO DA SILVA, BRASILEIRO,
CASADO, CNPJ/CPF 621.228.354-00,
sob o n.º RG. 2948595 - SDS-PE, com endereço profissional à
RUA UBIRAJARA, 16, TABAJARA, na cidade de
OLINDA, Estado do PERNAMBUCO.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

RECIFE, 06 de NOVEMBRO de 2020.

* Humberto Araújo de Souza
OUTORGANTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316592/20

Vítima: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF: 031.328.174-22

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/07/2020

Titular do CPF: CRISTIANO MIGUEL PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

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

CRISTIANO MIGUEL PEREIRA : 031.328.174-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

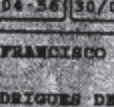
Data da apresentação: 06/11/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

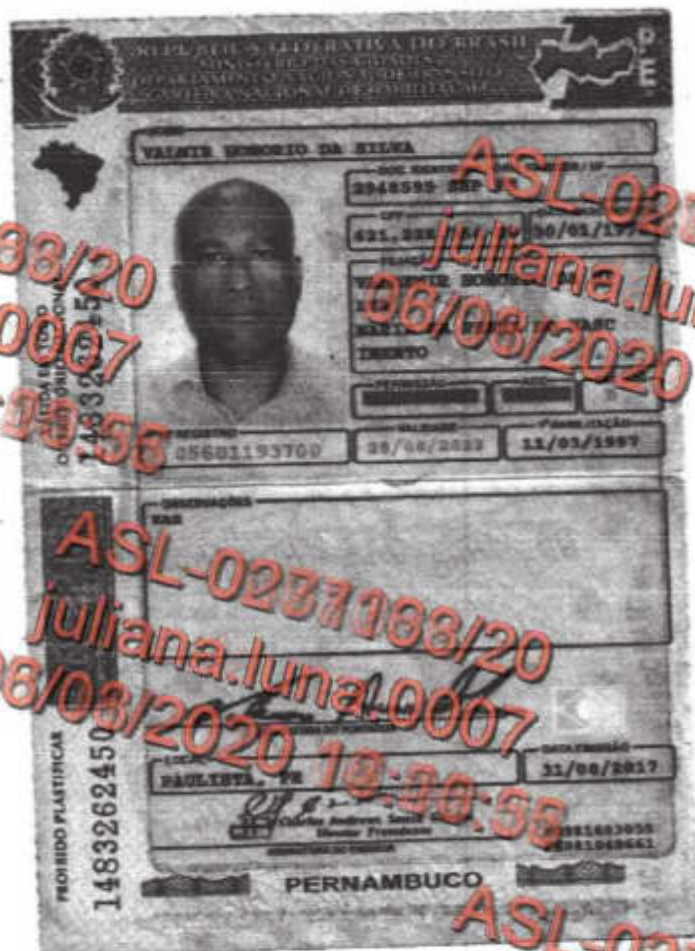
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 4871722 689 PE	CPF 002.014.004-56
DATA NASCIMENTO 30/01/1975	
FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO DE SOUZA JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO	
PRIMEIRO NOME HUMBERTO	CAT. HAB. AD
Nº REGISTRO 06252713351	1ª HABILITAÇÃO 12/12/2007
OBSERVAÇÕES 	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL OLINDA, PE	DATA EMISSÃO 21/07/2017
ASSINATURA DO EMISSOR  Charles Anderson Sousa Ribeiro Diretor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR PERNAMBUCO	



ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55

ASL-0237108/20
juliana.luna.0007
06/08/2020 18:20:55



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

1. Ocorrência da Emergência: 512820

1.1 - Atendimentos em: 27/11/17

1.2 - Às 00 horas e 44 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se em 28/11/17.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1070374

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

**3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA DE ESCÁPULA ESQUERDA.
2) FERIMENTO EM COTOVELO DIREITO.**

**4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) SUTURA EM COTOVELO DIREITO.
3) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.**

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO HÁ 7 HORAS DA ADMISSÃO.

DATA: 10.1.2018

HORA: 11:07:39

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS


Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 ROF 2167
Dra. Jéssica Guido.



GOVERNO MUNICIPAL DE IGARASSU
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Saúde do Homem



Paciente:

João do.

Prontuário:

História de sempre a procura.
A tona de fratura grave e
esclerose e suppurada e
nódo de seguimento de tipo
de fratura e abscessos, e/
procedimento de melhor estado
de saúde e de suppurada
abscessos e de suppurada
abscessos. T92.3 / T92.7

Data:

13/04/14

Assinatura Médico / CREMEPE



SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Joaquim Nabuco, 203, Centro - Igarassu/PE | CEP: 53.010-070
CNPJ: 10.359.560/0001-90 | Fone: (31) 3543-1450 | e-mail: saude@igarassu.pe.gov.br

Dr. Washington F. S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 8.108

Paciente:

6 audio

Prontuário:

[illegible]

Data:

0409/9

Assinatura

Assinatura
Dr. Washington F. S. Neves
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE 5.708

UNIDADE
HOSPITALAR
DE IGARASSU



GOVERNO MUNICIPAL DE IGARASSU

Secretaria de Saúde



Paciente:

Roando

Prontuário:

Exame físico: sem alterações.
Vital: 120/80 mmHg, FC 70, FR 18, SatO₂ 98%.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.
Exame físico: sem alterações.

Data:

19/07/19
T92 / 1484.0

Assinatura

Dr. Washington F. S. Neves
Médico
CREMEPE 9.106



UNIDADE
HOSPITALAR
DE IGARASSU

Av. Dr. Sá Pereira - Centro - Igarassu - PE. CEP. 53600-000 - CGC: 12.052.214.0003-00
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: uhligarassu@hotmail.com

19/07/19



Rua Doutor Osvaldo Machado, 62 - Salgadinho - Olinda - PE

Contatos: (81)3426-1375 / (81)99981-5451

E-mail: sinergiaaudeatendimento@gmail.com

FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA: 10/08/2020

Nome: Humberto Araújo de Souza CPF: 002.014.004-56

DN: 30/01/1975 Sexo: masculino Profissão: _____

Endereço: Rua Carlos do Norte 36 / Cruz de Retorno
Sorocaba

Telefone Fixo: _____ Nº Celular: _____

Médico: _____ Diagnóstico: fratura de maxila

QP: Dor

HDA: No dia 26/11/2012 o paciente estava no via, fazendo o passeio de um carro, quando foi surpreendido e atropelado por um veículo.

Cirurgias Anteriores: _____

DM () HIPERTENÇÃO () CARDIOPATIA () OSTEOPOROSE () OUTROS ()

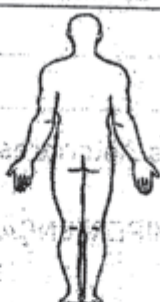
	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
01	10/08		Humberto	11	24/08		Humberto
02	11/08		Humberto	12	25/08		Humberto
03	12/08		Humberto	13	26/08		Humberto
04	13/08		Humberto	14	27/08		Humberto
05	14/08		Humberto	15	28/08		Humberto
06	17/08		Humberto	16	31/08		Humberto
07	18/08		Humberto	17	01/09		Humberto
08	19/08		Humberto	18	02/09		Humberto
09	20/08		Humberto	19	03/09		Humberto
10	21/08		Humberto	20	04/09		Humberto

	DATA	HORA	ASSINATURA		DATA	HORA	ASSINATURA
21	08/09		Humberto	31	22/09		Humberto
22	09/09		Humberto	32	23/09		Humberto
23	10/09		Humberto	33	24/09		Humberto
24	11/09		Humberto	34	25/09		Humberto
25	14/09		Humberto	35	28/09		Humberto
26	15/09		Humberto	36	29/09		Humberto
27	16/09		Humberto	37	30/09		Humberto
28	17/09		Humberto	38	01/10		Humberto
29	18/09		Humberto	39	02/10		Humberto
30	21/09		Humberto	40	05/10		Humberto

*Plano de pagamento () Pacote () A vista Obs: _____

EXAME FÍSICO

1. Escala de dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Características e dor: luminoso
3. Palpação: Doloroso
4. Edema: _____
5. Sensibilidade: _____
6. Tônus/reflexos: _____
7. Postura/equilíbrio/coordenação: _____
8. Marcha/transfêrência: _____
9. Estado funcional/ADV's: _____
10. Testes especiais: _____

AREA	ADM	FORÇA(0-5)		
MMS				
MMII				

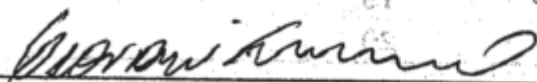
TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO

PLANO DE TRATAMENTO: _____ SESSÕES: _____ X/SEMANA DIAS: _____

HORÁRIO: _____

Instituição, _____ de _____ de _____

Geovani Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO: 169989-E



Carimbo e Assinatura



Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Nº registro: 716762

Dt. Nasc.: 30/01/75 - 42 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO

Fone:

SEM SUS

Endereço: R BELA VISTA, nº 134, CRUZ DE REBOLSA. IGARASSU - PE

Data/hora: 26/11/2017 - 21:35

Nº pág.: 1/4

Setor: Leito:

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DE VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE

Definição do caso: Acidente de Transporte Terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, principalmente para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

1. Município de Notificação: Vitória de Santo Antão - PE

2. Geres:

3. Unidade Sentinela: Hospital João Murilo

4. CNES:

12. Nome de registro (Civil):

13. Nome social:

14. Nome da mãe:

15. Gênero: CIS

16. Raça/Cor

☐ Branca

☐ Amarela

☐ Indígena

☐ Preta

☒ Parda

☐ Ignorada

17. Ocupação relacionada ao setor de transporte

☐ Sim

☒ Não

18. Natureza da ocupação relacionada ao setor de transporte

☐ Motorista de carro de passeio

☐ Motorista de táxi

☐ Motorista de ônibus/similar

☐ Motorista de Caminhão

☐ Motofretista

☐ Condutor de veículo de tração animal

☐ Consutor de veículo de pedais

☐ Mototaxi

☒ Não se aplica

Outros:

19. Ocupação não relacionada ao setor de transporte

COREN: 477930

Enf. MIRELLY PRYSCILLA MELO BEZERRA



Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Dt. Nasc.: 30/01/75 - 42 ano (s)

Mãe: JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO

SEM SUS

Endereço: R BELA VISTA, nº 134, CRUZ DE REBOLSA. IGARASSU - PE

Data/hora: 26/11/2017 - 21:35

Setor: Leito:

Nº registro: 716762

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pág.: 4/4

46. Desrespeito ao semáforo IGNORADO

47. Outro fator relacionado ao acidente

☐ Buraco na via

☐ Ausência de sinalização na via

☐ Travessia de pedestre fora da faixa

☐ Desvio de animal na pista

☐ Pedestre alcoolizado

☒ Nenhum outro fator

☐ Outro fator

48. Evolução em 48 horas do atendimento de serviço

☐ Alta

☐ Encaminhamento ambulatorial

☐ Internação hospitalar

☐ Transferência p/ outra unidade de saúde

☐ Evasão/Fuga

☐ Óbito

☐ Não se aplica

49. Observações

COREN: 477930
Enf. MIRELLY PRYSCILLA MELO BEZERRA



Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Nº registro: 716762

Dt. Nasc.: 30/01/75 - 42 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO

Fone:

SEM SUS

Endereço: R BELA VISTA, nº 134, CRUZ DE REBOLSA. IGARASSU - PE

Data/hora: 26/11/2017 - 21:35

Nº pág.: 3/4

Setor: Leito:

☐ Motocicleta

☐ Veículo pesado

☐ Trem/Metro

34. Natureza do acidente

☒ Colisão/Abalroamento

☐ Tombamento ou Capotamento

☐ Choque com objeto fixo

☐ Atropelamento

☐ Queda em/do veículo

☐ Outros

35. Outra parte envolvida no acidente

☐ Automóvel

☐ Objeto Fixo

☐ Pedestre

☐ Motocicleta

☐ Animal

☐ Trem/Metrô

☐ Bicicleta ☒ Veículo Pesado

☐ Não se aplica

☐ Ônibus/similar

☐ Veículo de tração animal/Animal montado

36. Acidente relacionado ao trabalho

☐ Durante o serviço/trabalho

☐ Não relacionado ao trabalho

☐ Indo ou voltando do trabalho

☒ Não se aplica

FATORES RELACIONADOS AO ACIDENTE

37. Excesso de velocidade pelo condutor SIM

38. Sono/fadiga do condutor NÃO

39. Condutor habilitado IGNORADO

40. Uso de capacete pela vítima IGNORADO

41. Uso de cinto de segurança/Equipamento de retenção pela vítima IGNORADO

42. Uso de celular IGNORADO

43. Uso de bebida alcoólica pelo condutor IGNORADO

44. Natureza da lesão:

outra.

45. Parte/Região do corpo atingida (diagnóstico principal): MEMBROS SUPERIORES

COREN: 477930

Enf. MIRELLY PRYSILLA MELO BEZERRA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 144103

Nascimento: 30/01/1975

Responsável:

Prontuário: 746248

Sexo: Masculino

Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Data e Hora do Atendimento: 28/11/17 11:31:51

Idade: 42 Anos, 9 Meses e 29 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CX:

Identidade: 4971722

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO

Nome do Pai: SEVERINO FRANCISCO DE SOUZA

Endereço: RUA COREIA DO NORTE, MONJOPE, CEP: 53645425, Nº 36, IGARASSU - PE

RESERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 04

Médico: ANTONIO ANDRE LIMA DA SILVA - CRM: 25129

CIO:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

A DE ATROPELAMENTO HÁ 1 DIA APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQ.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACINOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T BNF SEM SOPRO

AP - RESPIRATORIO:

MV+ EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE ESCAPULA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA: 28/11/2017

HORA DE SAÍDA:

Dr. Antonio Lima
Médico
CRMPE-25129

ANTONIO ANDRE LIMA DA SILVA - CRM: 25129

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Humberto Araujo de SouzaREGISTRO: 746248 DATA DE NASCIMENTO: 30, 01, 1975RG: 4971722 ORGÃO EMISSOR: SSP-PEENDEREÇO: Rua Concreta do Norte N°36
Cruz de Rebouças - IgarapéNOME DA MÃE: Josina Rodrigues de AraujoDATA ADMISSÃO: 28, 11, 17 DATA ALTA: 29, 11, 17DATA DO PROCEDIMENTO: - / - / - CID: S42.2DIAGNÓSTICO: Fratura Escapula EsquerdaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento conservador
de Fratura de Escapula EsquerdaMÉDICO: Hermes WagnerCREMEPE: 8963JABOATÃO DOS GUARARAPES, 22 DE Dezembro DE 2017

MÉDICO


Dr. Elder Carvalho
Médico
CRMPE 22023

Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Atendimento: 150348

Idade: 43 Anos, 0 Mês e 16 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: OSVALDO JOSE MACEDO
COIMBRA JUNIOR

Data: 15/02/2018

Prontuário: 746248

Leito Obs:

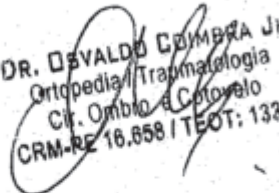
Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR NESTE SERVIÇO E DEVERA PERMANECER AFASTADO DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS POR UM PERÍODO DE 45 (QUARENTA E CINCO) DIAS A PARTIR DE HOJE.
CID: S421

Jaboatão dos Guararapes, 15/02/2018


DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia / Traumatologia
Cl. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TEOT: 13351

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO
COIMBRA JUNIOR
Conselho: 16658

Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Atendimento: 166331

Idade: 43 Anos, 5 Meses e 5 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: JOAO PAULO DE ANDRADE
ROMEIRO

Data: 05/07/2018 10:48:
08

Prontuário: 746248

Leito Obs:

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MÉDICO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADO DE FRATURA DE ESCAPULA DIREITA EM 11/2017. NO MOMENTO APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA. AO EXAME FÍSICO REFERE DIFICULDADE DE ABDUÇÃO DO OMBRO.

CID: S42.1

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 22622

Jaboatão dos Guararapes, 05/07/2018 10:48:08

Médico: JOAO PAULO DE ANDRADE
ROMEIRO
Conselho: 22622



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S421 - FRATURA DA OMOPLATA [ESCÁPULA]

DATA DE INTERNAMENTO: 28/11/2017

DATA DA CIRÚRGIA:

DATA DE ALTA: 29/11/2017

DATA CONSULTA DE RETORNO: 14/12/2017

MEDICO ASSISTENTE: DR. OÍSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 29 DE NOVEMBRO DE 2017

Dr. João Paulo de Andrade Romeiro
Médico
CRM 21622

MEDICO: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO



Nome do paciente: Humberto Almeida de Souza			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 17	Leito: 04
Nº prontuário: 144103		Nº AIH:	
Diagnóstico inicial (constante no laudo médico): Escafula eq			CID: S422
Procedimento solicitado: Fract. Escafula eq			Código: 0408010193
Tempo de permanência previsto: 03 dias			
Procedimento realizado: Conservador			Código: 0301060070
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião		
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas		
07	Clínico	108 Hermes Wagner	
08	Clínico		
Procedimentos especiais ☒ Mudança de procedimento ☐ Diária de UI ☐ Diária de acompanhante ☐ Vacina Anti-Rô ☐ ☐ Uso de prótese órtese ☐ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de oxigenadores ☐ Nutrição parenteral ☐ 			
Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, APÓS REUNIÃO CLÍNICA COM CHEFES DO SERVIÇO FOI DECIDIDO POR TRATAMENTO CONSERVADOR.			
Diagnóstico principal: Conservador			CID: S422
Diagnóstico secundário:			CID:
Motivo da alta: melhor cl Retorno			
Internação: 28 de 17		Alta: 29 de 17	Dias de hospitalização:

SECRETARIA DE SAÚDE - PIAUÁ
 DEOS - Gerência de Controle e Avaliação
 Maria Cecília Maia
 Médica Auditora/SUS
 CPF: 748.775.884-00

Data e hora retirada da senha: 27/11/2017 00:32

Nome Paciente: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/01/1975
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 60002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/11/2017 00:32 - 27/11/2017 00:37

MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO C/ TRAUME EM MSDE.

Observação: NENHA ALERGIA.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/11/2017 00:37

Paciente _____ : 460550-Humberto Araujo De Souza
Data _____ : 27/11/2017
Nº Laudo _____ : 11342741
Dat. Nasc. _____ : 30/01/1975



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Ossea
Radiologia Digital

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICAS DE EXAME:

Estudo realizado através de cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções, com técnica para partes moles e estruturas ósseas.

Exame realizado em caráter de urgência.

COMENTÁRIOS:

Fratura na cavidade glenóide e colo da escápula com desvio dos fragmentos ósseos e extensão articular.

Fratura cominutiva no corpo e extremidade inferior da escápula.

Sinais de subluxação glenomerall.

Presença de líquido intra-articular.

Importante edema de partes moles em região escapular.

Cristine Zelaquett

Dra Cristine Zelaquett CRM PE - 15127

Rua Guilherme Pinto 100 | Graças | Recife PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445-1229

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



Secretaria de Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CCC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

Humberto Araújo Lege

DATA DE NASCIMENTO:

30-02-75

SEXO:

M

Nº DO REGISTRO:

1070374

NOME DA MÃE:

Joana Rodrigues de Araújo

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

Monteiro

MUNICÍPIO:

Maracá

UF/PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

*h' t'ive de atropelamento h' 21 dia apre-
sentando dor e limitação funcional em ombro
esquerdo*

EXAME FÍSICO:

*ferimento e costela direita Lateral
do t'orax com lesão vascular em escápula
menorcular preterosa*

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

CT: Fratura escápula esquerda

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interno

CODIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Ortopedia

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

27.11.17

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

NOV.1034.V.1.2015.

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.030-090
Fone: 0800.81.31948900

SECRETARIA DE SAÚDE-PE
Dra. Maria Goretti de Almeida
Médica Legista
CRM: 295725-8/PA-54

Indes Galiza
R. da Argélia do João
Recife/PE
CRM: 113087-5/555

12-ORIOPEU
389295



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

Manoel
gabriel
Prontuário: 1070374
CNS: 701206067864917
Nº: 36
Estado: PE
Profissão:

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 512820

Nome: HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA

Data Nasc.: 30/01/1975

Idade: 42

Sexo: MASCULINO

CPF: 00201400456

RG:

Cor:

CNS: 701206067864917

Endereço: RUA COREIA DO NORTE

Bairro: MONJOPE

Cidade: IGARASSU

CEP: 53645260

Fone: 85884358

Nome da Mãe: JOSINA RODRIGUES DE ARAUJO

Acompanhante: EDJANE DE MOURA LIMA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA - 5307239 ATROPELAMENTO POR CARRO POLIC. JOAO MURILO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 27/11/2017 HORA: 00:44 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

*Queixa principal é Trauma no Ombro
Mig. curados, pois ocorreu a imersão*

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que: *NAO HA*

Observações:

Mig. de dor - com medicação

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

mmm

Pulso:

bpm:

D: Exames Neurológicos

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:



*Encaminhado como Fratura e Escala 5 e
Fratura exposta e Coluna D, pain ser RX.*



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

fluido, mudo, Pneu estavel
CD - RX

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

02:00 RX - Colômbio D - Sem Fratura visíveis

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Anexo E - LTV Andade; Fazer TC

Código Procedimento:

Indicados LTC + Sutura + Anestesia em
Colômbio Dando sob anestesia local

Tratamento / Procedimentos:

CD - Sutura TAC Anexo E
Dado livre

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

VAT 17 Ago
SAT 5000 us 17 Ago

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evaduse

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 27/11/2017 00:44 h CLAUDIOAS

impressão: 27/11/2017 00:44 h CLAUDIOAS

Médico

27.11.17
14:30
TAC evidenciado
Fract escapula esq
colt: internamento

Orto e Trauma
Rua: 11-14-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2



**GOVERNO MUNICIPAL
DE IGARASSU**
Secretaria de Saúde



Paciente:

Humberto Araújo de Souza

Prontuário:

A ortopedia

Paciente, sexo masculino, há 9 meses foi vítima de acidente automobilístico (atropelamento) que resultou em fratura de sua escápula esquerda.

Foi submetido a tratamento conservador e realizou 20 sessões de fisioterapia, porém, segundo o fisioterapeuta, ainda se mantêm com rigidez articular dor e limitação do ombro esquerdo.

Solicito avaliação do paciente porque ele refere falta de força do MSE para voltar a trabalhar

Dr. Rafael Renart
Médico

CRM-PE: 22977

Data: 24 / 07 / 18

Assinatura



IGARASSU
PREFEITURA MUNICIPAL
UMA NOVA CIDADE PRA GENTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Joaquim Nabuco, 203, Centro - Igarassu/PE | CEP: 53.010-070
CNPJ: 10.359.560/0001-90 | Fone: (81) 3543-1450 | sec.saude@igarassu.pe.gov.br

24/08/18

(Cont.)

, porém, observe que o paciente realiza a maioria
dos movimentos sem dor, porém não consegue curvar
a mão direita de plástico.

Solicite exames para laudo médico.

Dr. Rafael Renart
Médico
CRM-PE: 22977

24/08/18



**GOVERNO MUNICIPAL
DE IGARASSU**
Secretaria de Saúde



Paciente:

Humberto Araújo de Souza

Prontuário:

Declaração Médica

Paciente, 43 anos, há 9 meses foi vítima de acidente automobilístico (atropelamento) que resultou em fratura de sua escápula esquerda.

O acidente levou a diversos lesões do seu ombro, conforme TAC de ombro realizada à época (22/11/11):

- Fratura na cavidade glenóide e polo de escápula com desvio dos fragmentos ósseos e subluxação articular
- Fratura cominativa no corpo e acromioclavicular da escápula
- Síndrome de Subluxação glenohumeral
- Presença de líquido intra-articular
- Importante edema de partes moles na região escapular

Dr. Rafael Renart
Médico
CRM/PE: 22977

Data: 27/07/11

Assinatura



IGARASSU
PREFEITURA MUNICIPAL
UMA NOVA CIDADANIA SENTE
SECRETARIA DE SAÚDE

Av. Joaquim Nabuco, 203, Centro - Igarassu/PE | CEP: 53.010-070
CNPJ: 10.359.560/0001-90 | Fone: (81) 3543-1450 | sec.saude@igarassu.pe.gov.br

(Art) Tal fato fez com que o paciente possuísse alguns
Músculos com movimentos e ombro e o braço superior, pois
foi afetado por tratamento conservador.

Foi submetido à fisioterapia de fisioterapia e,
de acordo com a fisioterapia, o paciente evoluiu, mesmo
após os 60 dias, apresentando rigidez articular, dor e
limitação da ROM do ombro esquerdo (Linha de referência
para fisioterapia [Revisão Médica - 05/05/18] - 11/07/18).

Porém, em nova consulta, não houve mais de
melhoria nos movimentos do ombro (com a linha de referência
para fisioterapia dependente para levantar objetos com o braço
esquerdo (não conseguia segurar com a mão esquerda, nem com
dedos da mão direita, pois não tinha força para levantar de 1).

CEP 10.342.1 + 542.8 + 543.3 + 1173.8 + 102.3 +
1.32.8 + 1179.6

Dessa forma, é possível que, devido ao tempo
de permanência no tratamento, ele não tenha conseguido
realizar que o tratamento seja eficaz (não conseguiu mais
seguir o tratamento que não conseguiu).

Dr. Rafael Renart
Médico
CRM-PE: 22977

27/07/18

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E 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 VALMIR HONORIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Humberto ARAUJO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.014.004 / 56

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Humberto ARAUJO DE SOUZA

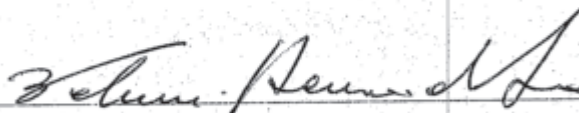
inscrito (a) no CPF sob o Nº 002.014.004 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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>R UBIRAJARA</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>TABAJARA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.360-530</u>	Tel. (DDD): <u>81.9.8790-9451</u>

Local e Data: RECIFE 06 de novembro de 2020
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - DP61ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0151000658**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2018** às **10:05**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE VITORIA DE SANTO ANTAO, 1, BR 232; KM 54 - Bairro: CENTRO - VITORIA DE SANTO ANTAO/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55000-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSIRA RODRIGUES DE ARAUJO Pai: SEVERINO FRANCISCO DE SOUZA Data de Nascimento: 30/1/1975 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4971722/SDS/PE (RG), 00201400456 (CPF), 04252713351 (CNH) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 983308335

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IGARASSU, 36, RUA COREA DO NORTE - CEP: 0 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE PASSOU A RELATAR QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO; QUE O FATO FOI VERIFICADO ENQUANTO O MESMO PRESTAVA AUXILIO MECANICO A UM AMIGO QUE ESTAVA COM O CARRO QUEBRADO NA BR 232;

MOMENTO EM QUE FOI ATINGIDO PELAS COSTAS POR UM CAMINHAO DE PLACA E MARCA NAO OBSERVADAS; QUE FICOU FERIDO E FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR AO HOSPITAL JOAO MURILO DE OLIVEIRA, NESTA CIDADE DE VITORIA DE SANTO ANTAO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO N° 716762.

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


HUMBERTO ARAUJO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ISMAILSON ARAUJO DA SILVA - Matrícula: 319.624-0

(Liberado em 07/02/2018 às 10:23)



NURAM

Núcleo de Registro de Acidentes
e Medicina Rodoviária

TIPO DE REQUERIMENTO

☐ Cópia de Boletim de Acidente	☒ Confecção de Boletim de Acidente	☐ Nada Consta (Para Motoristas Profissionais)
☐ Retificação de Boletim de Acidente	☐ Recurso de requerimento indeferido. Informar número do Processo.	☐ Outros:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O requerimento poderá ser formulado por:
 - pessoas físicas ou jurídicas, com a devida comprovação legal, envolvidas diretamente na ocorrência ou no exercício do direito de representação;
 - aqueles que, sem terem se envolvido diretamente na ocorrência, têm direitos ou interesses que possam ser afetados pela decisão a ser adotada (familiar em primeiro grau, cônjuge, proprietário do veículo etc.).
- O requerente deverá apresentar, obrigatoriamente, um documento de identidade oficial com foto ou instrumento de representação;
- Deverão ser apresentados documentos comprovem ou fundamentem o pedido, para facilitar a análise do pedido;
- Cópias de documentos devem estar acompanhadas dos originais, possibilitando que sejam autenticados por servidor PRF;
- Deverá ser informado um e-mail para envio da resposta, assim como um telefone fixo e celular para contato;
- O formulário deverá ser preenchido em sua totalidade, preferencialmente com LETRA DE FORMA.
- Nos casos de RECURSO por indeferimento parcial ou total, deverá ser informado o número do processo anterior.

TIPO DE REQUERENTE

☐ Condutor	☐ Passageiro	☒ Pedestre / Ciclista	☐ Proprietário	☐ Pai/Mãe	☐ Irmão/Irmã
☐ Filho/Filha	☐ Cônjuge	☐ Portador de Procuração	☐ Portador de Apólice	☐ Outro:	

Nome NUMBERTO ARAUJO DE SOUZA			Data de Nascimento 30-01-1975		
Nº Registro CNH 04252713351		CPF 002.014.004-56	Identidade 4971222	Emissor/UF SSP	
Endereço (Rua, Av., Praça, Sítio...) RUA CORDEIRO DO NORTE MONJOPE			Nº 36	Complemento	
Bairro CRUZ DE REBOUCAS	CEP	Cidade JOANASSU	UF PE		
E-mail (Obrigatório e com LETRA DE FORMA) ERITON.MEENICO2018@GMAIL.COM			Telefone Fixo	Telefone Celular 9-8330-8335	
Nº da Comunicação	Nº do Protocolo	Data do acidente 26-01-2017	Hora 21:31	Placa do Veículo	Marca/Modelo
Br 232	Km 54,7	Cidade VITORIA SARANAIO	UF PE	Localidade/Trecho/Ponto de referência POSTO DAS RUSSIAS	

Descrição sucinta do Pedido: **tenho pedido a confecção de boletim de ocorrência de trânsito**

RECIFE **01/02/2018** **Humdo & Sampaio Souza**
Cidade/UF Data Assinatura do Requerente (Conforme Identidade)

Protocolo	Data	Hora	Agente	Recebi em ___/___/___ a cópia do boletim de acidente solicitada.
Matrícula	Cargo	Assinatura		Assinatura

PRF

Protocolo	Data	Hora	Agente
Matrícula	Cargo	Assinatura	

NURAM

Telefone: (81) 3201.0748/55
Email: nuram.pe@prf.gov.br



NURAM

Núcleo de Registro de Acidentes
e Medicina Rodoviária

Descrição do Pedido

Eu Humberto Araújo de Souza, estando no dia 26-11-2017 às 21:31 na BR 232 Km 54.7 na cidade de Vitória de Santo Antão em frente ao posto dos russios. Aquilando a socorro o carro quebrado no acostamento da via na presença das devidas pessoas Eriton, ~~Alfonso~~ Alon, Luiz, Sobrinho. Enão fui atingido pelo caminhão na altura do ombro esquerdo sendo oremecado na traseira do carro que estava parado.

Mediante a situação do momento do acidente fui socorrido pelo amigo que está usando o nome de nome.

Eriton, pelo desespero e lamento, não ~~me~~ ligo para as autoridades competentes, pois a preocupação era só na vitima eu humberto.

Chegando no Hospital Joo Muriel ~~em~~ consultando que existia um trauma na escápula esquerda foi logo transferido para o ginecologia, e conforme os laudos em anexas ao requerimento.

Recife

Cidade/UF

01/03/2018

Data

Humberto Araújo de Souza

Assinatura do Requerente

1. De posse do número do protocolo e do CPF ou CNPJ do envolvido ou proprietário, acesse www.prf.gov.br/novobat/consultar para imprimir o boletim de acidente;

2. Em caso de dúvidas ou solicitações, enviar e-mail para nuram.pe@prf.gov.br, informando o número do protocolo constante no verso deste comprovante.