

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E TRÂNSITO  
 CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
 5123670 SSP PE

CPF  
 051.980.934-32

DATA NASCIMENTO  
 05/08/1983

FILIAÇÃO  
 AMARO RODRIGUES DE ARA  
 UJO  
 LUCIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO  
 02362851114

PERMISSÃO  
 ACC

VALIDADE  
 23/07/2020

1ª HABILITAÇÃO  
 05/06/2002

LOCAL  
 RECIFE, PE

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Jefferson Santos de Araujo*

DATA EMISSÃO  
 09/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR  
 Charles Anderson Sousa Ribeiro  
 Diretor Presidente

PERNAMBUCO

00039873354  
 PE073632651

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1677682555

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 011969567567

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

84768052853

VIA 1 COD. RENAVAM 1038440553 RNTTC \*\*\*\*\*

NOME/ENDEREÇO  
MILKA KEZIA PEREIRA DE SOUZA  
RUA CENTO E OITENTA E NOVE 196  
CAETES I  
ABREU E LIMA-PE 53530-474

CPF/CNPJ 070.795.304-90 PLACA PCW3892

NOME ANTERIOR SERRAMOTO LTDA

PLACA ANT/UF \*\*\*\*\* CHASSI 9C2KC1660FR024867

ESPECIE TIPO PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTIVEL ALCO/GASO

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

20150410 OBSERVAÇÕES

AL. FID. BANCO HONDA SA

ASSINATURA

LOCAL

ABREU E LIMA DATA 11/02/15

Thayes Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRIN

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190691679 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO DA SILVA NUNES **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 23/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. FRATURA EXPOSTA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO. LUXAÇÃO NO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** LUXAÇÃO NO 5º DEDO DO PÉ DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (HASTE INTRAMEDULAR). P.13 TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES. ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Francis da Silva Nunes

DATA DO ACIDENTE

24/07/19 CPF DA VÍTIMA 037-463.245-30

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(☒) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(☒) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☒) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

(☒) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

Francis da Silva Nunes

DATA DO ACIDENTE

24/07/19 CPF DA VÍTIMA 037-463.245-30

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(☒) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(☒) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(☒) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

(☒) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

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

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190691679 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIO DA SILVA NUNES **Data do acidente:** 24/07/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. FRATURA EXPOSTA DO 2º METATARSO DO PÉ DIREITO. LUXAÇÃO NO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** LUXAÇÃO NO 5º DEDO DO PÉ DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (HASTE INTRAMEDULAR). P.13 TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES. ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total   |  |  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: MARCIO DA SILVA LUNES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: Pedreiro  
Identidade: 216452045 CPF: 037.463.224-70  
Endereço: RUA CAVALO AUTOMAR OUTRA, JACUAREMA, 14, Paulista  
Garantia: \_\_\_\_\_ Data do Acidente: \_\_\_\_\_

### PROCURADOR:

Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Estudante  
Identidade: 5123670 SDS-PE CPF: 051980934-32  
Endereço: Rua 60, Nº 136, Maranguape 1, Paulista-PE.

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

Paulista 17-09-19

Local e data

Marcio da Silva Lunes

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO</b><br>Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador<br>Av. Marechal Floriano Peixoto, 75 - CEP 53401-400 - Paulista / PE - Fone: (81) 3010-9001  |  | NOTAS: Escrituras, Ata Notarial, Inventários, Procurações, Reconhecimento de Firmas, Leilões, Autenticações, ETC.<br>Registro Civil de Indivíduos - RCI/PE |
| Reconheço por autenticidade a firma MARCIO DA SILVA LUNES.<br>Dou fe. Paulista/PE, 17/09/2019 13:23:40. Emol: R\$ 3,51. TSNR: R\$ 0,80. FERC: R\$ 0,40. ISS: R\$ 0,08 FERM 0,04. FUNSEG 0,08. Op. 216<br>ANA CAROLINA DA COSTA SILVA - Escrevente |  |   |
| Selo: 0077552.UIF09201902.01784<br>Consulte a autenticidade em: <a href="http://www.tjpe.jus.br/selodigital">www.tjpe.jus.br/selodigital</a>  |  |  |

AA418261

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444930/19

**Vítima:** MARCIO DA SILVA NUNES

**CPF:** 037.463.224-30

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIO DA SILVA NUNES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO : 051.980.934-32

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

### MARCIO DA SILVA NUNES : 037.463.224-30

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](http://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: 11/12/2019  
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO  
CPF: 051.980.934-32

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

RAIANNE SILVA BARBOSA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342917/19

**Vítima:** MARCIO DA SILVA NUNES

**CPF:** 037.463.224-30

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/07/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARCIO DA SILVA NUNES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO : 051.980.934-32

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

### MARCIO DA SILVA NUNES : 037.463.224-30

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](http://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: 03/10/2019  
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO  
CPF: 051.980.934-32

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA

---

**Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190691679**

**Vítima: MARCIO DA SILVA NUNES**

**Data do Acidente: 24/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARCIO DA SILVA NUNES**

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

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190691679

Vítima: MARCIO DA SILVA NUNES

Data do Acidente: 24/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO DA SILVA NUNES

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCIO DA SILVA NUNES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000944

Conta: 0000034998-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                           |                          |              |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima: |              |
|  | 037.463.224-30            | MARCIO DA SILVA NUNES    |              |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                          |              |
| Nome completo:   |                           | CPF:                     |              |
| MARCIO DA SILVA NUNES  |                           | 037.463.224-30           |              |
| Profissão:   | Endereço:                 | Número:                  | Complemento: |
| Pedreiro   | rua carlon auteman outras | 14                       | A            |
| Bairro:  | Cidade:                   | Estado:                  | CEP:         |
| Jaguana  | Pauлиста                  | PE                       | 53.421-810   |
| E-mail:  | Tel.(DDD):                |                          |              |
|  | 81.98325-4088             |                          |              |

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA:                       | CONTA:                         | AGÊNCIA:                       | CONTA:                         |
| 0944                           | 34998 9                        |                                |                                |
| (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.

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

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

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

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

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

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:  | Falecidos:   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |  |
|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Pauлиста, 30/09/2019</u>      |
|  | Nome: _____                                    |
|  | CPF: _____                                     |
|  | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |
|  | <u>Marcio da Silva Nunes</u>                   |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |

## TESTEMUNHAS

|                  |
|------------------|
| 1ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura _____ |
| 2ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura _____ |

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

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima: |
|  | 037.463.224-30            | MARCIO DA SILVA NUNES    |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                          |
| Nome completo:   | CPF:                      |                          |
| MARCIO DA SILVA NUNES  | 037.463.224-30            |                          |
| Profissão:   | Endereço:                 | Número:                  |
| Pedreiro   | rua carlon auteman outras | 14                       |
| Bairro:  | Cidade:                   | Estado:                  |
| Jaguarama  | Pauлиста                  | PE                       |
| E-mail:  | CEP:                      | Tel.(DDD):               |
|  | 53.421-810                | 81.98325-4088            |

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA: 0944                  | CONTA: 34998                   | 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.

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

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

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

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

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

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                  | Vivos: Falecidos:   | Vítima deixou nascituro (vai nascer)?                        |
|                                  |   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
|                                  |   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                  |   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |  |
|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Pauлиста, 30/09/2019</u>      |
|  | Nome: _____                                    |
|  | CPF: _____                                     |
|  | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |
|  | <u>Marcio da Silva Nunes</u>                   |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |

## TESTEMUNHAS

|                  |
|------------------|
| 1ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |
| 2ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima: |
|  | 037.463.224-30            | MARCIO DA SILVA NUNES    |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                          |
| Nome completo:   | CPF:                      |                          |
| MARCIO DA SILVA NUNES  | 037.463.224-30            |                          |
| Profissão:   | Endereço:                 | Número:                  |
| Pedreiro   | rua carlon auteman outras | 14                       |
| Bairro:  | Cidade:                   | Estado:                  |
| Jaguarama  | Pauлиста                  | PE                       |
| E-mail:  | CEP:                      | Tel.(DDD):               |
|  | 53.421-810                | 81.98325-4088            |

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA: 0944                  | CONTA: 34998                   | 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.

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

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

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

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

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

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:  | Falecidos:   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |  |
|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Pauлиста, 30/09/2019</u>      |
|  | Nome: _____                                    |
|  | CPF: _____                                     |
|  | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |
|  | <u>Marcio da Silva Nunes</u>                   |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |

## TESTEMUNHAS

|                  |
|------------------|
| 1ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |
| 2ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |

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

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



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO  
L-867/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐



SR PM - JERUSA REZENDE DA SILVA SENEZ  
INVESTIDA - 24/07-4  
BOLETIM DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

|                     |                            |                 |            |               |       |
|---------------------|----------------------------|-----------------|------------|---------------|-------|
| Município           | PAULISTA                   | Rodovia         | PE-022     | Km            |       |
| Ponto de Referência | SEMENTEIRA PLANTAS E VASOS | Data            | 24/07/2019 |               |       |
| Dia da Semana       | quarta-feira               | HORA/OCORRÊNCIA | 19:10      | Hora/Cheg./Pr | 20:30 |

II - TIPO DE ACIDENTE

| ATROPELAMENTO |  | COLISÃO      |  |          | CHOQUE |                | CAPOTAMENTO |                |
|---------------|--|--------------|--|----------|--------|----------------|-------------|----------------|
| Pedestre      |  | Longitudinal |  | Frontal  |        | Poste, Árvore  |             | Tombamento     |
| Animal        |  | Transversal  |  | Traseira | X      | Muro, Casa     |             | Saída da Pista |
|               |  |              |  |          |        | Veículo Parado |             | Outros         |

III - CONSEQUÊNCIA

|                                 |  |            |        |        |           |         |          |
|---------------------------------|--|------------|--------|--------|-----------|---------|----------|
| SEM VITIMA                      |  | COM VITIMA | X      | MORTOS |           | FERIDOS |          |
| Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE |  | 02         | IDENT. | 02     | NÃO IDENT | 01      | TOTAL 02 |

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

| ACID. VERIFICADO |   | CONDIÇÕES/VIA |   | CONDIÇÕES/TEMPO |   | PERÍODO/DIA |   | SEMÁFORO  |   |
|------------------|---|---------------|---|-----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| Longo da Via     | X | Seca          |   | Bom             |   | Manhã       |   | S/Defeito |   |
| Cruzamento       |   | Molhada       | X | Chuva           | X | Tarde       |   | C/Defeito |   |
| Outros           |   | Enlameada     |   | Neblina         |   | Noite       | X | Desligado |   |
|                  |   | Oleada        |   | Garoa           |   | Madrugada   |   | N/Existe  | X |

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

|            |  |                    |   |                |   |                  |   |
|------------|--|--------------------|---|----------------|---|------------------|---|
| Policial   |  | Placa "Pare"       |   | MÃO DE DIREÇÃO |   | DIVISÃO DA VIA   |   |
| F.Pedestre |  | Placa "Dê a Pref." |   | Única          | X | Faixa Contínua   |   |
| F.Retenção |  | Não há Placas      | X | Dupla          |   | Canteiro Central | X |
|            |  |                    |   |                |   | Blocos           |   |
|            |  |                    |   |                |   | Outros           |   |

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

| EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2 |    | COMPORTAMENTO - VI/V2 |    |
|---------------------------------------|----|-----------------------|----|
| Realizado no Local                    |    | Permaneceu no local   |    |
| Enc. Para Exame                       |    | Socorrido             | VI |
| Não foi Realizado                     | V1 | Evadiu-se             | V2 |

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Proprietário         |  | Tomou Conhecimento |  |
| Natureza das Avarias |  |                    |  |



# VIII - VEÍCULOS

| QUANTO À TRACÇÃO - VI/V2 |    | ESPÉCIE - VI/V2 |    | CATEGORIA - VI/V2 |    |
|--------------------------|----|-----------------|----|-------------------|----|
| Automotor                | V1 | Passageiro      | V1 | Oficial           |    |
| De Propulsão Humana      |    | Carga           |    | Particular        | VI |
| De tração animal         |    | Misto           |    | Aluguel           |    |

## IX - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

### VEÍCULO - 01

|                |                                |            |               |    |                   |          |            |                             |           |          |
|----------------|--------------------------------|------------|---------------|----|-------------------|----------|------------|-----------------------------|-----------|----------|
| Marca          | HONDA                          | Modelo     | CG 150 TITAN  |    | Ano               | 14/15    | Renavam    | 1038440553                  | Placa     | PEW-3892 |
| Município      | ABREU E LIMA                   |            | Nº do Chassis |    | 9C2KC1660FR024867 |          |            | Veículo de Carga nº de Eixo |           |          |
| Carregado      |                                | Apreendido |               |    |                   | Liberado | X          | Evadiu - se                 |           |          |
| Proprietário   | MILKA KEZIA PEREIRA DE SOUZA   |            |               |    |                   |          |            |                             |           |          |
| Residência     |                                |            |               |    |                   |          |            | Bairro                      |           |          |
| Município      | ABREU E LIMA                   | Rg.        |               |    | Org. Exp.         |          | CPF        | 070.795.304-90              |           |          |
| Condutor       | MARCIO DA SILVA NUNES          |            |               |    |                   |          |            |                             |           |          |
| Residência     | RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA Nº 15 |            |               |    |                   |          |            | Bairro                      | JAGUARANA |          |
| Município      | PAULISTA                       | Rg.        | 216452045     |    | Org. Exp.         | SECC     | CPF        | 037.463.224-30              |           |          |
| CNH/Pront./ Nº | 06048789508                    | Categoria  |               | AB | Validade          |          | 08/02/2022 | Hora/Dir.                   | 10 MIN    |          |

### VEÍCULO - 02

|                |               |                             |             |        |
|----------------|---------------|-----------------------------|-------------|--------|
| Marca          | Modelo        | Ano                         | Renavam     | Placa  |
| Município      | Nº do Chassis | Veículo de Carga nº de Eixo |             |        |
| Carregado      | Apreendido    | Liberado                    | Evadiu - se |        |
| Proprietário   |               |                             |             |        |
| Residência     |               |                             |             | Bairro |
| Município      | Rg.           | Org. Exp.                   | CPF         |        |
| Condutor       |               |                             |             |        |
| Residência     |               |                             |             | Bairro |
| Município      | UF            | Rg.                         | Org. Exp.   | CPF    |
| CNH/Pront./ Nº | Categoria     | Validade                    | Hora/Dir.   |        |

### TESTEMUNHA - 01

|            |    |        |  |           |  |           |  |
|------------|----|--------|--|-----------|--|-----------|--|
| Nome       |    | Idade  |  | Sexo      |  | Profissão |  |
| Residência |    | Bairro |  |           |  |           |  |
| Município  | UF | Rg.    |  | Org. Exp. |  | CPF       |  |

### TESTEMUNHA - 02

|            |    |        |  |           |  |           |  |
|------------|----|--------|--|-----------|--|-----------|--|
| Nome       |    | Idade  |  | Sexo      |  | Profissão |  |
| Residência |    | Bairro |  |           |  |           |  |
| Município  | UF | Rg.    |  | Org. Exp. |  | CPF       |  |

### VÍTIMA - 01

|                      |                       |  |            |                                |           |           |               |            |           |                |
|----------------------|-----------------------|--|------------|--------------------------------|-----------|-----------|---------------|------------|-----------|----------------|
| Nome                 | MARCIO DA SILVA NUNES |  |            |                                | Motorista |           | X             | Passageiro |           | Pedestre       |
| Estado Civil         | CASADO                |  | Idade      | 38                             | Sexo      | MASC      | Nacionalidade |            |           | Naturalidade   |
| Profissão            | PEDREIRO              |  | Residência | RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA Nº 15 |           |           |               | Bairro     | JAGUARANA |                |
| Município            | PAULISTA              |  | UF         | PE                             | Rg.       | 216452045 | Org.Exp.      | SECC       | CPF       | 037.463.224-30 |
| Socorrido            | UPA DE IGARASSU       |  |            |                                |           |           |               | Município  | IGARASSU  |                |
| Dados Fornecidos Por |                       | SAMUEL ( CONDUTOR DA U.M SAMU B3 – PAULISTA) |            |                                |           |           |               |            |           |                |
| Residência           |                       |  |            |                                |           |           |               |            | Bairro    |                |
| Município            | PAULISTA              |  | UF         | PE                             | Rg.       | MAT 14272 | Org.Exp.      |            | CPF       |                |

### VÍTIMA - 02

|                      |  |                         |     |               |      |           |        |            |              |          |  |
|----------------------|--|-------------------------|-----|---------------|------|-----------|--------|------------|--------------|----------|--|
| Nome                 |  | Natureza dos Ferimentos |     |               | Leve |           | Graves |            | Mortais      |          |  |
| Estado Civil         |  | Idade                   |     | Sexo          |      | Motorista |        | Passageiro |              | Pedestre |  |
| Profissão            |  | Residência              |     | Nacionalidade |      |           |        |            | Naturalidade |          |  |
| Município            |  | UF                      | Rg. | Org. Exp.     |      |           | Bairro |            | CPF          |          |  |
| Socorrido            |  |                         |     |               |      |           |        | Município  |              |          |  |
| Dados Fornecidos Por |  |                         |     |               |      |           |        |            |              |          |  |
| Residência           |  |                         |     |               |      |           |        |            | Bairro       |          |  |
| Município            |  | UF                      | Rg. | Org. Exp.     |      |           | CPF    |            |              |          |  |





## XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

|  | V.1 / V.2 |   | V.1 / V.2 |
|--|-----------|---|-----------|
| Dirigir s/CNH ( Art. 162.I CTB )                                   |           | Deixar de Prestar Inform.s\ acid. ( Art.176VCTB )       |           |
| Conduzir Veic.ã Lic. ( Art. 230 V CTB )                            |           | Desob. Ordens do Agente trans. ( Art. 195 CTB )         |           |
| Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )                |           | Conduzir Veic. C\ Lacre Violado ( Art 230 I CTB )       |           |
| Dirigir Sob. Influen. Alcool ( Art. 165 CTB )                      |           | Conduzir Veic. S\ Placa ( Art 230 IV CTB )              |           |
| Deixar de Prestar Socorro à Vítima ( Art 176 I CTB )               |           | Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. ( Art 230 VI CTB )        |           |
| Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trâns. ( Art. 176 II CTB ) |           | Conduzir Veic. Alter. De Caract. ( Art 230 VII CTB )    |           |
| Deixar de Preserva Local de Acid. ( Art. 176 III CTB )             |           | Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. ( Art 230 IX CTB ) |           |
| Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. ( Art 176 IV CTB )             |           | Outras  |           |

## XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

## XVI – DADOS NECESSÁRIOS

|                                 |                 |           |            |                   |                    |          |
|---------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------------|--------------------|----------|
| 1. Reboque Efetuado             | Polícia Militar |           | Particular |                   | Não Efetuado       |          |
| 2. Comunicado à Delegacia de    |                 |           |            |                   |                    | Hora     |
| Nome do Recebedor da Ocorrência |                 |           |            |                   | Matricula          |          |
| XVII – Responsável Pelo BAT     | Posto/Grad.     | CB PM     | Matricula  | 106522-0          | NOME               | SOBRINHO |
| XVIII – Digitador da SSTA       |                 | SD JOSEFA |            | Of. Chefe da SSTA | MAJ PM SWELLINGTON |          |

CONFERE COM O ORIGINAL QUE  
ME FOI APRESENTADO

DATA: 13 / 08 / 19

ASS:

Josefa



SD PM - JOSEFA TELARDE SOBRINHO  
INTERCELA - 2021-4  
ACERVO DE POLÍCIA MILITAR



#### IV – SIMBOLOGIA

|   |  |                             |  |
|---|--|-----------------------------|--|
| Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas |  | Incêndio -                  |  |
| Ônibus, Caminhão ou Trator -            |  | Marcha à frente -           |  |
| Trem -                                  |  | Marcha à Ré -               |  |
| Veículo de 2 ou 3 Rodas -               |  | Derrapagem -                |  |
| Pedestre                                |  | Capotamento ou Tombamento - |  |
| Animal -                                |  | Local da colisão -          |  |
| Objeto Fixo                             |  | Depois da Colisão -         |  |

#### XIII – CROQUI

EM ANEXO





### XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

|  | v1                       | v2                       |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deixar de prestar inform. S/ (Art. 176, V, CTB)      |
| Conduzir veic. s/ doc. Port obrig (Art. 232 CTB)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desob. Ordens do Agente Trans (Art. 195 CTB)         |
| Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig (Art. 232 CTB)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. c/ lacre violado (Art. 230, I CTB)    |
| Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)          |
| Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)    |
| Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Alter De caract. (Art. 230, VII, CTB) |
| Deixar de preservar local de acid. (Art. 176, III, CTB)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)  |
| Deixar de remover veic. Qdo Determin (Art. 176, IV, CTB)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outras: _____  |

### XIII - CROQUI

Veículo Retido do local

### XIV - SIMBOLOGIA

- ☒ Automóvel e outro veículos de 4 rodas
- ☒ Ônibus, Caminhão e Trator
- ☒ Trem
- ☒ Veículo de 2 ou 3 Rodas
- ☒ Pedestre
- ☒ Animal
- ☒ Objeto Fixo

- ☒ Incêndio
- ☒ Marcha à Frente
- ☒ Marcha à Ré
- ☒ Derrapagem
- ☒ Capotamento ou Tombamento
- ☒ Local da Colisão
- ☒ Depois da Colisão

PCW 3842

### XV - AVARIAS APARENTES

#### VEÍCULO - 1

- FAROL QUEBADO
- ESPelhos RETROVISORES DE AMBOS OS LADOS QUEBADO
- BULBOS EM QUEBADO
- TANQUE AMASSADO
- MOTOR FUZADO
- LANTERNA DIANTEIRA AMASSADA
- PENEIRA DIANTEIRA ESTOURADA

#### VEÍCULO - 02



### XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nome do receptor da ocorrência: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

XVII - RESPONSÁVEL  
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

EB

MATRICULA.

106522-0

NOME:

ASS:

SARILE NHO

XVIII - Datilógrafo SSTA: \_\_\_\_\_

Of. Chefe SSTA: \_\_\_\_\_



**BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA**  
**SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)**



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_).

DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:

Condutor  
500022139



\*\*\*\*\*

Veículo: \_\_\_\_\_

Nome do Condutor: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Placa do Veículo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observação:**

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.





BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES (SSTA)  
ANEXO AO BAT. Nº 18671 2019



OUTRAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

AO CHEGAR NO LOCAL FOI CONSTATADO UMA MOTOCICLETA AO CHÃO E O CONDUTOR DA MESMA SENDO SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DE MOVEL DO SAMU PUJO OS OCUPANTES RESPONSÁVEIS ESTÁ ALENCAR NESTE B-1 SEGUNDO INFORMAÇÕES DA SRª RUTE PAULA SILVA RG: 27.612.657- POLÍCIA INFORMOU A MESMA QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELO CONDUTOR E VÍTIMA SRª MARCELO DA SILVA NUNES E VEIO O COLISAR EM UM VEICULO ATO PASSOIO DE MARCA VW MODELO KOMBI PLACA KII 7470 PUJO O CONDUTOR DA MESMA EVADIU-SE DO LOCAL SEM DEIXAR SOCORRER A VÍTIMA-

INFORMO QUE ESTAS INFORMAÇÕES PASSADAS A ESTE AGENTE PELA SRª RUTE SÃO DE INTERES RESPONSABILIDADE DA MESMA, INFORMO TAMBEM QUE ELA SE DECLARA ESPOSA DO VITIMADO-

A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE E FICOU SOBRE INTEIRA RESPONSABILIDADE AO SRª MARCELO MARCEL DE ALBUQUERQUE RG: 5557060 QUE SE DECLARA IRMÃO DA VÍTIMA E ONDE TAL INFORMAÇÃO: GRAU DE PARENTESCO FOI CONFIRMADO PELA SRª RUTE PAULA

OS: TIPO DO ACIDENTE BASEADO NA INFORMAÇÃO RELATADA ATIVAS DO DEBITAMENTO DA SRª RUTE-



RECEBEDOR DA MOTOCICLETA

NOME: MARCELO

RG: 5557060

ASSINATURA: MARCELO MARCEL DE ALBUQUERQUE 985680888

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES

| POSTO/GRAD | MATRÍCULA | NOME       |  |
|------------|-----------|------------|--|
|            |           | ASSINATURA |  |



DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO  
L-867/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐



SR PM - JORGE DELGADO DA SILVA SENEZ  
INVESTIDA - 24-07-19  
BOLETIM DE POLÍCIA RODOVIÁRIA

|                     |                            |                 |         |               |       |            |
|---------------------|----------------------------|-----------------|---------|---------------|-------|------------|
| Município           | PAULISTA                   |                 | Rodovia | PE-022        | Km    |            |
| Ponto de Referência | SEMENTEIRA PLANTAS E VASOS |                 |         |               | Data  | 24/07/2019 |
| Dia da Semana       | quarta-feira               | HORA/OCORRÊNCIA | 19:10   | Hora/Cheg./Pr | 20:30 |            |

II - TIPO DE ACIDENTE

| ATROPELAMENTO |  | COLISÃO      |  |          | CHOQUE |                | CAPOTAMENTO |                |
|---------------|--|--------------|--|----------|--------|----------------|-------------|----------------|
| Pedestre      |  | Longitudinal |  | Frontal  |        | Poste, Árvore  |             | Tombamento     |
| Animal        |  | Transversal  |  | Traseira | X      | Muro, Casa     |             | Saída da Pista |
|               |  |              |  |          |        | Veículo Parado |             | Outros         |

III - CONSEQUÊNCIA

|                                 |  |            |        |        |           |         |          |
|---------------------------------|--|------------|--------|--------|-----------|---------|----------|
| SEM VITIMA                      |  | COM VITIMA | X      | MORTOS |           | FERIDOS |          |
| Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE |  | 02         | IDENT. | 02     | NÃO IDENT | 01      | TOTAL 02 |

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

| ACID. VERIFICADO |   | CONDIÇÕES/VIA |   | CONDIÇÕES/TEMPO |   | PERÍODO/DIA |   | SEMÁFORO  |   |
|------------------|---|---------------|---|-----------------|---|-------------|---|-----------|---|
| Longo da Via     | X | Seca          |   | Bom             |   | Manhã       |   | S/Defeito |   |
| Cruzamento       |   | Molhada       | X | Chuva           | X | Tarde       |   | C/Defeito |   |
| Outros           |   | Enlameada     |   | Neblina         |   | Noite       | X | Desligado |   |
|                  |   | Oleada        |   | Garoa           |   | Madrugada   |   | N/Existe  | X |

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

|            |  |                    |   |                |   |                  |   |
|------------|--|--------------------|---|----------------|---|------------------|---|
| Policial   |  | Placa "Pare"       |   | MÃO DE DIREÇÃO |   | DIVISÃO DA VIA   |   |
| F.Pedestre |  | Placa "Dê a Pref." |   | Única          | X | Faixa Contínua   |   |
| F.Retenção |  | Não há Placas      | X | Dupla          |   | Canteiro Central | X |
|            |  |                    |   |                |   | Blocos           |   |
|            |  |                    |   |                |   | Outros           |   |

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

| EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - VI/V2 |    | COMPORTAMENTO - VI/V2 |    |
|---------------------------------------|----|-----------------------|----|
| Realizado no Local                    |    | Permaneceu no local   |    |
| Enc. Para Exame                       |    | Socorrido             | VI |
| Não foi Realizado                     | V1 | Evadiu-se             | V2 |

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

|                      |  |                    |  |
|----------------------|--|--------------------|--|
| Proprietário         |  | Tomou Conhecimento |  |
| Natureza das Avarias |  |                    |  |

## VIII – VEÍCULOS

| QUANTO À TRACÇÃO – VI/V2 |    | ESPÉCIE – VI/V2 |    | CATEGORIA – VI/V2 |    |
|--------------------------|----|-----------------|----|-------------------|----|
| Automotor                | V1 | Passageiro      | V1 | Oficial           |    |
| De Propulsão Humana      |    | Carga           |    | Particular        | VI |
| De tração animal         |    | Misto           |    | Aluguel           |    |

### IX – IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

#### VEÍCULO – 01

|                |                                |            |               |           |                   |          |                             |             |          |
|----------------|--------------------------------|------------|---------------|-----------|-------------------|----------|-----------------------------|-------------|----------|
| Marca          | HONDA                          | Modelo     | CG 150 TITAN  | Ano       | 14/15             | Renavam  | 1038440553                  | Placa       | PEW-3892 |
| Município      | ABREU E LIMA                   |            | Nº do Chassis |           | 9C2KC1660FR024867 |          | Veículo de Carga nº de Eixo |             |          |
| Carregado      |                                | Apreendido |               |           |                   | Liberado | X                           | Evadiu - se |          |
| Proprietário   | MILKA KEZIA PEREIRA DE SOUZA   |            |               |           |                   |          |                             |             |          |
| Residência     |                                |            |               |           |                   |          | Bairro                      |             |          |
| Município      | ABREU E LIMA                   | Rg.        |               | Org. Exp. |                   | CPF      | 070.795.304-90              |             |          |
| Condutor       | MARCIO DA SILVA NUNES          |            |               |           |                   |          |                             |             |          |
| Residência     | RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA Nº 15 |            |               |           |                   |          | Bairro                      | JAGUARANA   |          |
| Município      | PAULISTA                       | Rg.        | 216452045     | Org. Exp. | SECC              | CPF      | 037.463.224-30              |             |          |
| CNH/Pront./ Nº | 06048789508                    | Categoria  |               | AB        | Validade          |          | 08/02/2022                  | Hora/Dir.   | 10 MIN   |

#### VEÍCULO – 02

|                |  |               |  |                             |          |           |             |          |  |
|----------------|--|---------------|--|-----------------------------|----------|-----------|-------------|----------|--|
| Marca          |  | Modelo        |  | Ano                         |          | Renavam   |             | Placa    |  |
| Município      |  | Nº do Chassis |  | Veículo de Carga nº de Eixo |          |           |             |          |  |
| Carregado      |  | Apreendido    |  |                             | Liberado |           | Evadiu - se |          |  |
| Proprietário   |  |               |  |                             |          |           |             |          |  |
| Residência     |  |               |  |                             |          |           | Bairro      |          |  |
| Município      |  | Rg.           |  | Org. Exp.                   |          | CPF       |             |          |  |
| Condutor       |  |               |  |                             |          |           |             |          |  |
| Residência     |  |               |  |                             |          |           | Bairro      |          |  |
| Município      |  | UF            |  | Rg.                         |          | Org. Exp. |             | CPF      |  |
| CNH/Pront./ Nº |  | Categoria     |  |                             | Validade |           |             | Hora/Dir |  |

#### TESTEMUNHA – 01

|            |  |        |  |      |  |           |     |
|------------|--|--------|--|------|--|-----------|-----|
| Nome       |  | Idade  |  | Sexo |  | Profissão |     |
| Residência |  | Bairro |  |      |  |           |     |
| Município  |  | UF     |  | Rg.  |  | Org. Exp. | CPF |

#### TESTEMUNHA – 02

|            |  |        |  |      |  |           |     |
|------------|--|--------|--|------|--|-----------|-----|
| Nome       |  | Idade  |  | Sexo |  | Profissão |     |
| Residência |  | Bairro |  |      |  |           |     |
| Município  |  | UF     |  | Rg.  |  | Org. Exp. | CPF |

#### VÍTIMA – 01

|                      |  |                       |  |                         |  |                                |           |      |        |           |            |               |           |              |  |  |
|----------------------|--|-----------------------|--|-------------------------|--|--------------------------------|-----------|------|--------|-----------|------------|---------------|-----------|--------------|--|--|
| VÍTIMA – 01          |  |                       |  | Natureza dos Ferimentos |  |                                | Leve      |      | Graves |           | X          |               | Mortais   |              |  |  |
| Nome                 |  | MARCIO DA SILVA NUNES |  |                         |  |                                | Motorista |      | X      |           | Passageiro |               | Pedestre  |              |  |  |
| Estado Civil         |  | CASADO                |  | Idade                   |  | 38                             |           | Sexo |        | MASC      |            | Nacionalidade |           | Naturalidade |  |  |
| Profissão            |  | PEDREIRO              |  | Residência              |  | RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA Nº 15 |           |      |        |           | Bairro     |               | JAGUARANA |              |  |  |
| Município            |  | PAULISTA              |  | UF                      |  | PE                             |           | Rg.  |        | 216452045 |            | Org. Exp.     |           | SECC         |  |  |
| Socorrido            |  | UPA DE IGARASSU       |  |                         |  |                                |           |      |        |           |            | Município     |           | IGARASSU     |  |  |
| Dados Fornecidos Por |  |                       | SAMUEL ( CONDUTOR DA U.M SAMU B3 – PAULISTA) |                         |  |                                |           |      |        |           |            |               |           |              |  |  |
| Residência           |  |                       |  |                         |  |                                |           |      |        |           |            |               | Bairro    |              |  |  |
| Município            |  | PAULISTA              |  | UF                      |  | PE                             |           | Rg.  |        | MAT 14272 |            | Org. Exp.     |           | CPF          |  |  |

#### VÍTIMA – 02

|                      |  |            |     |                         |  |               |      |            |        |              |         |  |
|----------------------|--|------------|-----|-------------------------|--|---------------|------|------------|--------|--------------|---------|--|
| VÍTIMA – 02          |  |            |     | Natureza dos Ferimentos |  |               | Leve |            | Graves |              | Mortais |  |
| Nome                 |  |            |     |                         |  | Motorista     |      | Passageiro |        | Pedestre     |         |  |
| Estado Civil         |  | Idade      |     | Sexo                    |  | Nacionalidade |      |            |        | Naturalidade |         |  |
| Profissão            |  | Residência |     |                         |  |               |      |            |        | Bairro       |         |  |
| Município            |  | UF         | Rg. | Org. Exp.               |  |               | CPF  |            |        |              |         |  |
| Socorrido            |  |            |     |                         |  |               |      | Município  |        |              |         |  |
| Dados Fornecidos Por |  |            |     |                         |  |               |      |            |        |              |         |  |
| Residência           |  |            |     |                         |  |               |      |            |        | Bairro       |         |  |
| Município            |  | UF         | Rg. | Org. Exp.               |  |               | CPF  |            |        |              |         |  |





## XII – INFRAÇÕES COMETIDAS

|  | V.1 / V.2 |   | V.1 / V.2 |
|--|-----------|---|-----------|
| Dirigir s/CNH ( Art. 162.I CTB )                                   |           | Deixar de Prestar Inform.s\ acid. ( Art.176VCTB )       |           |
| Conduzir Veic.ã Lic. ( Art. 230 V CTB )                            |           | Desob. Ordens do Agente trans. ( Art. 195 CTB )         |           |
| Conduzir Veic.s\ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )                |           | Conduzir Veic. C\ Lacre Violado ( Art 230 I CTB )       |           |
| Dirigir Sob. Influen. Alcool ( Art. 165 CTB )                      |           | Conduzir Veic. S\ Placa ( Art 230 IV CTB )              |           |
| Deixar de Prestar Socorro à Vítima ( Art 176 I CTB )               |           | Conduzir Veic. C\ Placa Ileg. ( Art 230 VI CTB )        |           |
| Deixar de Adotar Prov. P\ Evitar Perigo Trâns. ( Art. 176 II CTB ) |           | Conduzir Veic. Alter. De Caract. ( Art 230 VII CTB )    |           |
| Deixar de Preserva Local de Acid. ( Art. 176 III CTB )             |           | Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. ( Art 230 IX CTB ) |           |
| Deixar de Remover Veic. Qdo Determ. ( Art 176 IV CTB )             |           | Outras  |           |

## XV – AVARIAS APARENTES

VEÍCULO – 01

EM ANEXO

VEÍCULO – 02

EM ANEXO

## XVI – DADOS NECESSÁRIOS

|                                 |                 |           |            |                   |                    |          |
|---------------------------------|-----------------|-----------|------------|-------------------|--------------------|----------|
| 1. Reboque Efetuado             | Polícia Militar |           | Particular |                   | Não Efetuado       |          |
| 2. Comunicado à Delegacia de    |                 |           |            |                   |                    | Hora     |
| Nome do Recebedor da Ocorrência |                 |           |            |                   | Matricula          |          |
| XVII – Responsável Pelo BAT     | Posto/Grad.     | CB PM     | Matricula  | 106522-0          | NOME               | SOBRINHO |
| XVIII – Digitador da SSTA       |                 | SD JOSEFA |            | Of. Chefe da SSTA | MAJ PM SWELLINGTON |          |

CONFERE COM O ORIGINAL QUE  
ME FOI APRESENTADO

DATA: 13 / 08 / 19

ASS:

Josefa














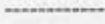


SD PM - JOSEFA TELMIR DE SOUSA SOBRINHO  
INTERCELA - 2021-4  
ACERVO DE POLÍCIA MILITAR





#### IV – SIMBOLOGIA

|   |   |                             |   |
|---|---|-----------------------------|---|
| Automóvel e Outros Veículos de 04 Rodas |  | Incêndio -                  |  |
| Ônibus, Caminhão ou Trator -            |  | Marcha à frente -           |  |
| Trem -                                  |  | Marcha à Ré -               |  |
| Veículo de 2 ou 3 Rodas -               |  | Derrapagem -                |  |
| Pedestre                                |  | Capotamento ou Tombamento - |  |
| Animal -                                |  | Local da colisão -          |  |
| Objeto Fixo                             |  | Depois da Colisão -         |  |

#### XIII – CROQUI

EM ANEXO





### XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

|  | v1                       | v2                       |   |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| Dirigir s/ CNH (Art. 162, I, CTB)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deixar de prestar inform. S/ (Art. 176, V, CTB)       |
| Conduzir veic. s/ doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desob. Ordens do Agente Trans. (Art. 195 CTB)         |
| Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig. (Art. 232 CTB)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. c/ lacre violado (Art. 230, I CTB)     |
| Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV, CTB)           |
| Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 176, CTB)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)     |
| Deixar de adotar prov. P/ evitar perigo trans. (Art. 176, CTB) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB) |
| Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III, CTB)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)   |
| Deixar de remover veic. Qdo Determin. (Art. 176, IV, CTB)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outras: _____   |

### XIII - CROQUI

Veículo Retido do local

### XIV - SIMBOLOGIA

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Automóvel e outro veículos de 4 rodas |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Ônibus, Caminhão e Trator             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Trem                                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Veículo de 2 ou 3 Rodas               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Pedestre                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Animal                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Objeto Fixo                           |

|                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Incêndio                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Marcha à Frente           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Marcha à Ré               |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Derrapagem                |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Capotamento ou Tombamento |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Local da Colisão          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Depois da colisão         |

Pe W 3842

### XV - AVARIAS APARENTES

#### VEÍCULO - 1

- FARÓIS QUEIMADOS
- ESPelhos RETROVISORES DE AMBOS OS LADOS QUEIMADOS
- BULBOS EM QUEIMADO
- TANQUE AMASSADO
- MOTOR FUZADO
- LANTERNA DIANTEIRA AMASSADA
- PENEIRA DIANTEIRA ESTOURADA

#### VEÍCULO - 02



### XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Polícia Militar

Particular

Não efetuado

2 - Comunicado à Delegacia de: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Nome do receptor da ocorrência: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

XVII - RESPONSÁVEL  
PELO BAT.

POSTO/GRAD.

MATRÍCULA.

NOME:

EB

106522-0

ASS:

SARILE NHO

XVIII - Datilógrafo SSTA: \_\_\_\_\_

Of. Chefe SSTA: \_\_\_\_\_



**BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)**



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_).

**DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:**

Condutor  
500022139



\*\*\*\*\*

Veículo: \_\_\_\_\_

Nome do Condutor: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Placa do Veículo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observação:**

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário.



BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES (SSTA)  
ANEXO AO BAT. Nº 18671 2019



OUTRAS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

AO CHEGAR NO LOCAL FOI CONSTATADO UMA MOTOCICLETA AO CHÃO E O CONDUTOR DA MESMA SENDO SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DE MOVEL DO SAMU PUJO OS OCUPANTES RESPONSÁVEIS ESTÁ ALENCAR NESTE B-1 SEGUNDO INFORMAÇÕES DA SRª RUTE PAULA SILVA RG: 27.612.657- POLÍCIA INFORMOU A MESMA QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELO CONDUTOR E VÍTIMA SRª MARCELO DA SILVA NUNES E VEIO O COLISAR EM UM VEICULO ATO PASSOIO DE MARCA VW MODELO KOMBI PLACA KII 7470 PUJO O CONDUTOR DA MESMA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA-

INFORMO QUE ESTAS INFORMAÇÕES PASSADAS A ESTE AGENTE PELA SRª RUTE SÃO DE INTERES RESPONSABILIDADE DA MESMA, INFORMO TAMBEM QUE ELA SE DECLARA ESPOSA DO VITIMADO-

A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE E FICOU SOBRE INTEIRA RESPONSABILIDADE AO SRª MARCELO MARCEL DE ARAUJO RG: 5557060 QUE SE DECLARA IRMÃO DA VÍTIMA E ONDE TAL INFORMAÇÃO: GRAU DE PARENTESCO FOI CONFIRMADO PELA SRª RUTE PAULA

OS TIPO DO ACIDENTE BASEADO NA INFORMAÇÃO RELATADA ATRAVES DO DEBIMENTO DA SRª RUTE-



RECEBEDOR DA MOTOCICLETA

NOME: MARCELO

RG: 5557060

ASSINATURA: MARCELO MARCEL DE ARAUJO 985680888

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES

| POSTO/GRAD | MATRÍCULA | NOME       |  |
|------------|-----------|------------|--|
|            |           | ASSINATURA |  |



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                           |                          |
|--|---------------------------|--------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima: |
|  | 037.463.224-30            | MARCIO DA SILVA NUNES    |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                          |
| Nome completo:   | CPF:                      |                          |
| MARCIO DA SILVA NUNES  | 037.463.224-30            |                          |
| Profissão:   | Endereço:                 | Número:                  |
| Pedreiro   | rua carlon auteman outras | 14                       |
| Bairro:  | Cidade:                   | Estado:                  |
| Jaguarama  | Pauлиста                  | PE                       |
| E-mail:  | CEP:                      | Tel.(DDD):               |
|  | 53.421-810                | 81.98325-4088            |

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| AGÊNCIA: 0944                  | CONTA: 34998                   | 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.

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

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

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

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

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

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:  | Falecidos:   |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |  |
|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, Pauлиста, 30/09/2019             |
|  | Nome:  |
|  | CPF:   |
|  | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |

## TESTEMUNHAS

|            |  |
|------------|--|
| 1º   Nome: |  |
| CPF:       |  |
| Assinatura |  |
| 2º   Nome: |  |
| CPF:       |  |
| Assinatura |  |

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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                           |                          |              |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima: |              |
|  | 037.463.224-30            | MARCIO DA SILVA NUNES    |              |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                          |              |
| Nome completo:   |                           | CPF:                     |              |
| MARCIO DA SILVA NUNES  |                           | 037.463.224-30           |              |
| Profissão:   | Endereço:                 | Número:                  | Complemento: |
| Pedreiro   | rua carlon auteman outras | 14                       | A            |
| Bairro:  | Cidade:                   | Estado:                  | CEP:         |
| Jaguarama  | Pauлиста                  | PE                       | 53.421-810   |
| E-mail:  | Tel.(DDD):                |                          |              |
|  | 81.98325-4088             |                          |              |

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

## REDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

|                                |                                |   |                                |                                |  |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--|
| AGÊNCIA: 0944                  | CONTA: 34998                   | 9 | 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.

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

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

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

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

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

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                  | Vivos: Falecidos:   | Vítima deixou nascituro (vai nascer)?                        |
|                                  |   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
|                                  |   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                  |   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |  |
|--|--|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data, <u>Pauлиста, 30/09/2019</u>      |
|  | Nome: _____                                    |
|  | CPF: _____                                     |
|  | (*) Assinatura de quem assina A ROGO           |
|  | <u>Marcio da Silva Nunes</u>                   |
|  | Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) |

## TESTEMUNHAS

|                  |
|------------------|
| 1ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |
| 2ª   Nome: _____ |
| CPF: _____       |
| Assinatura       |


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

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

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 02.08.2019.  
EM: 15.08.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **MARCIO DA SILVA NUNES, RG Nº 216452045 SECC - RJ, CPF Nº 037.463.224-30**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 658229** do dia **24 de julho de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 19hs e 59min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, Maranguape II - Paulista, nas proximidades da estação da CELPE, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.




**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 02.08.2019.  
EM: 15.08.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **MARCIO DA SILVA NUNES, RG Nº 216452045 SECC - RJ, CPF Nº 037.463.224-30**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 658229** do dia **24 de julho de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 19hs e 59min, vítima de acidente com motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, Maranguape II - Paulista, nas proximidades da estação da CELPE, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.



**Carlos Augusto Sampaio**  
Coordenador  
SAMU-Paulista



# 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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARCIO DA SILVA NUNES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000034998-9

---

Nr. da Autenticação 70B81A88D5CBB7BB



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

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0506943-05 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
RUTE PAULA RIBEIRO ALMEIDA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA CANTOR ALTEMAR LIMA 14 - A

CPF 147.705.454-05

UNIDADE DE MEDIÇÃO MARADA  
PAULA RIBEIRO  
53421-810

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO              |
| 7032590580          | 09/2019              |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA DE CANCELAMENTO |
| 11/09/2019          | 07/10/2019           |
| TOTAL A PAGAR (R\$) |                      |
|                     | 186,54               |

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | STATUS       |
|-------------------|---------------|--------------|
| 07570157          | 15424         | Ativo (01)   |
| DATA DE EMISSÃO   | Nº DO CLIENTE | Nº DA FATURA |
| 04/09/2019        | 016101591     | 6790540      |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                                  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)   |
|---|------------|-------------|---------------|
| Consumo Abonado   | 199,000000 | 0,7762330   | 155,12        |
| Auxílio de Medição e Faturação                            |            |             | 11,28         |
| Contribuição para o Fim Social                            |            |             | 14,22         |
| ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços |            |             | 1,18          |
| Multa por atraso no pagamento                             |            |             | 3,03          |
| Juros por atraso no pagamento                             |            |             | 1,25          |
| Atualização da Fatura                                     |            |             | 0,44          |
| <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>                                |            |             | <b>186,54</b> |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |            |           |        |               |
|--|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 316072601                                  | C&D            | 05-06-2018    | 34300            | 04-09-2019 | 77520         | 90         | 1,0000    |        | 199,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |     | BASES CÁLCULO |        | VALORES DE CÁLCULO |       | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                   |
|----------------------|-----|---------------|--------|--------------------|-------|-----------------------|-------------------|
| SET 18               | 192 | ICMS          | 155,12 | 25,00              | 41,50 | Geração de Energia    | R\$ 0,77          |
| AGO 19               | 209 | PS            | 155,12 | 0,00               | 1,34  | Transmissão           | R\$ 0,70          |
| Jul 19               | 198 | COFINS        | 155,12 | 1,72               | 6,19  | Distribuição (Celpe)  | R\$ 34,81         |
| Jun 19               | 174 |               |        |                    |       | Perdas de Transmissão | R\$ 11,50         |
| Mai 19               |     |               |        |                    |       | Energias Setoriais    | R\$ 0,00          |
| Abr 19               |     |               |        |                    |       | Tributação            | R\$ 48,73         |
| Mar 19               |     |               |        |                    |       | <b>Total</b>          | <b>R\$ 106,45</b> |
| FEV 19               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| JAN 19               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| DEZ 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| NOV 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| OUT 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| SET 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Este documento é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) e representa a fatura de energia elétrica consumida pelo cliente. O cliente é responsável por verificar a correta identificação dos dados e a validade da fatura. O cliente deve manter este documento em seu arquivo pessoal e apresentá-lo sempre que solicitado.

**ATENÇÃO À CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ABERTO**

Se você possui mais de uma conta de energia elétrica, a CELPE não pode emitir uma única fatura para todas as contas. Portanto, você deve verificar se todas as suas contas estão em dia e se não há nenhuma conta em aberto.

| DISTRIBUIÇÃO E PRECISÃO DAS INTERFERÊNCIAS |       |        |        |        | MÊS DE TENDÊNCIA |                        |       |
|--|-------|--------|--------|--------|------------------|------------------------|-------|
| CONSUMO                                    | VALOR | LIMITE | LIMITE | LIMITE | TENDÊNCIA        | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) |       |
| CONSUMO                                    | VALOR | 5,00   | 5,00   | 10,15  | 7,00             | PRIM                   | SEGUN |
| RIC  | 0,00  | 1,17   | 6,15   | 12,70  |                  |                        |       |
| DISC                                       | 0,00  | 2,00   | 0,00   | 0,00   |                  |                        |       |

Limite RICE 12,32

BR-26 - Voto do Conselho de Administração do Conselho de Administração - 1988-89

|                |         |                    |                     |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
| 7032590580     | 09/2019 | 11/09/2019         | 186,54              |

83820000001-0 86540011007-0 03259058010-6 14145363083-2

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902  
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0506943-05 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 RUTE PAULA RIBEIRO ALMEIDA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA CANTOR ALTEMAR LIMA 14 - A

CPF 147.705.454-05

UNIDADE DE CONSUMO  
 PAULA RIBEIRO  
 53421-810

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| CONTA CONTRATO      | MÊS/ANO              |
| 7032590580          | 09/2019              |
| DATA DE VENCIMENTO  | DATA DE CANCELAMENTO |
| 11/09/2019          | 07/10/2019           |
| TOTAL A PAGAR (R\$) |                      |
|                     | 186,54               |

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE         | PERÍODO       |
|-------------------|---------------|---------------|
| 07570157          | 1924          | 08/09/2019    |
| Nº DA UNIDADE     | Nº DA BILHETE | Nº DA BILHETE |
| 0409/019          | 016/019       | 0790540       |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL         | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)   |
|----------------------------------|------------|-------------|---------------|
| Consumo Abonado                  | 199,000000 | 0,7762330   | 155,12        |
| Auxílio de Manutenção de Fiação  |            |             | 11,28         |
| Contribuição para a Manutenção   |            |             | 14,23         |
| ICMS (Imposto sobre o Consumo)   |            |             | 1,18          |
| Multa por atraso no pagamento    |            |             | 3,03          |
| Juros por atraso no pagamento    |            |             | 1,25          |
| Atualização do Fator de Correção |            |             | 0,44          |
| <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>       |            |             | <b>186,54</b> |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |               |                  |            |               |            |           |        |               |
|--|----------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA ANTERIOR | DATA ATUAL | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 316072001                                  | C&D            | 05-06-2018    | 34300            | 04-09-2019 | 77520         | 90         | 1,0000    |        | 199,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |     | BASES CÁLCULO |        | VALORES DE CÁLCULO |       | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                   |
|----------------------|-----|---------------|--------|--------------------|-------|-----------------------|-------------------|
| SET 18               | 192 | ICMS          | 155,12 | 25,00              | 41,50 | Geração de Energia    | R\$ 1,21          |
| AGO 19               | 199 | PS            | 155,12 | 0,00               | 1,34  | Transmissão           | R\$ 0,70          |
| Jul 19               | 198 | COFINS        | 155,12 | 1,72               | 6,19  | Distribuição (Celpe)  | R\$ 34,81         |
| Jun 19               | 174 |               |        |                    |       | Perdas de Transmissão | R\$ 11,50         |
| Maio 19              |     |               |        |                    |       | Energias Setoriais    | R\$ 0,00          |
| Abr 19               |     |               |        |                    |       | Tributação            | R\$ 48,73         |
| Mar 19               |     |               |        |                    |       | <b>Total</b>          | <b>R\$ 106,45</b> |
| Fev 19               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| Jan 19               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| Dez 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| Nov 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| Out 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |
| Set 18               |     |               |        |                    |       |                       |                   |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**  
 O valor do consumo é calculado com base no valor de referência de consumo estabelecido para cada unidade consumidora. O valor de referência de consumo é o valor de consumo médio mensal registrado no período de 12 meses anteriores ao mês de vencimento da conta. O valor de referência de consumo é atualizado anualmente em 1º de janeiro de cada ano. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta.

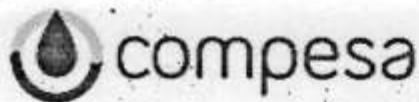
**ATENÇÃO! CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSA CONTAS EM ABERTO**  
 O valor das contas em aberto é calculado com base no valor de referência de consumo estabelecido para cada unidade consumidora. O valor de referência de consumo é o valor de consumo médio mensal registrado no período de 12 meses anteriores ao mês de vencimento da conta. O valor de referência de consumo é atualizado anualmente em 1º de janeiro de cada ano. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta. O valor de referência de consumo é informado no boleto de pagamento da conta.

| DISTRIBUIÇÃO E PREVIDÊNCIA DAS INTERDIÇÕES |               |               |                   |              | MÊS DE VENCIMENTO |                        |     |
|--|---------------|---------------|-------------------|--------------|-------------------|------------------------|-----|
| CONTA                                      | VALOR A PAGAR | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TEMPO NORMAL (h)  | LIMITE DE VARIAÇÃO (h) |     |
| ERC  | 0,00          | 5,07          | 15,21             | 30,40        | 7,20              | 7,20                   | 231 |
| PRC  | 0,00          | 1,17          | 3,51              | 7,02         |                   |                        |     |
| DRD  | 0,00          | 0,00          | 0,00              | 0,00         |                   |                        |     |

|                |         |                    |                     |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
| 7032590580     | 09/2019 | 11/09/2019         | 186,54              |

83820000001-0 86540011007-0 03259058010-6 14145363083-2





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 2019044120399

Escritório: MARANGUAPE I

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DESCRIÇÃO DO CLIENTE

AMARO RODRIGUES DE ARAUJO

R SEXTENTA, N. 00136 - MARANGUAPE I PAULISTA PE 53441-180

INSCRIÇÃO: 274.205.775.0143.000

GRUPO: 5

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 04412039.9

RESUMO

CONSUMO ÁGUA E ESGOTO

| SITUAÇÃO LIGADA      | SITUAÇÃO DESLIGADA | CONDIÇÃO DE LIGAMENTO  | CONDIÇÃO DE LIGAMENTO | CONDIÇÃO DE LIGAMENTO |
|----------------------|--------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| LIGADO               | LIGADO             | INDIVIDUAL   | FAMILIAR              | INDUSTRIAL            |
| 03/2019 3/ 10        | 02/2019 1/ 10      | 01/2019 0/ 10  | 12/2018 7/ 10         | 11/2018 6/ 10         |
| 10/2018 7/ 10        | MEDIA 4/ 10        | DATA LEIT. ANTERIOR  | DATA LEIT. ATUAL      | TIPO DE CIRCUNSCRIÇÃO |
| 28/03/2019           | 27/04/2019         | REAL /MIN FIXAD  | REAL /MIN FIXAD       | REAL /MIN FIXAD       |
| ÁGUA                 | ESGOTO             | CONSUMO: 4   | VOLUME: 10            | CONS MIN FIX          |
| LEIT. ANT.: 82       | LEIT. ANT.:        |  |                       |                       |
| LEIT. ATUAL: 86      | LEIT. ATUAL:       |  |                       |                       |
| LEIT. PAT.: 86       | LEIT. PAT.:        |  |                       |                       |
| HISTÓRICO DE CONSUMO |                    | NÚMEROS DE AMOSTRAS  |                       |                       |
| REFERÊNCIA/CONSUMO   |                    | EXIG. PELA PORT.   |                       |                       |
| 03/2019 3/ 10        |                    | MS 2.914/11  |                       |                       |
| 02/2019 1/ 10        |                    | ANÁLISES REALIZADAS  |                       |                       |
| 01/2019 0/ 10        |                    | ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO   |                       |                       |
| 12/2018 7/ 10        |                    | TURSIDEZ   |                       |                       |
| 11/2018 6/ 10        |                    | COR APARENTE   |                       |                       |
| 10/2018 7/ 10        |                    | CLORO RESIDUAL   |                       |                       |
| MEDIA 4/ 10          |                    | COLIFORMES TOTAIS  |                       |                       |
|                      |                    | E. Coli  |                       |                       |
|                      |                    | OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.          |                       |                       |
|                      |                    | (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO           |                       |                       |
|                      |                    | INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.  |                       |                       |
|                      |                    | (3) OS PARÂMETROS COR E TURSIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO |                       |                       |
|                      |                    | VISUAL DA ÁGUA.  |                       |                       |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

|                         |         |  |       |
|-------------------------|---------|--|-------|
| ÁGUA                    |         |  |       |
| RESIDENCIAL 001 UNIDADE |         |  |       |
| CONSUMO DE ÁGUA         | 4 M3    |  | 41,30 |
| ESGOTO                  |         |  |       |
| RESIDENCIAL 001 UNIDADE |         |  |       |
| CONSUMO DE ESGOTO       | 10 M3   |  | 41,30 |
| DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA   | 04/2019 |  | 1,00  |

|        |       |      |      |
|--------|-------|------|------|
| PIS    | 82,60 | 1,45 | 1,38 |
| COFINS | 82,60 | 7,40 | 6,28 |

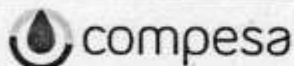
VENCIMENTO: 08/05/2019

TOTAL A PAGAR: 83,60

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 86,76. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 15/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

EXCELSIOR SEGUROS

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

VENCIMENTO: 08/05/2019

TOTAL A PAGAR: 83,60

CÓDIGO DE BARRAS

SEGURO DPVAT

VIA COMPESA

82880000000-6 83600018274-7 04412039901-8 04201900003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

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

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=22536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de 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 JEFFERSON SANTOS DE ANAJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980934, 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARCIO DA SILVA NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.463.224, 30

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima MARCIO DA SILVA NUNES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.463.224, 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

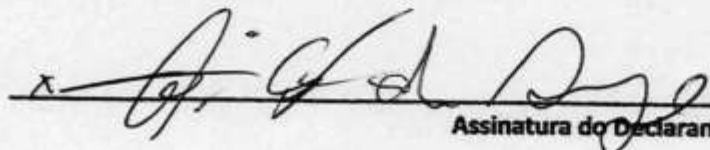
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 60</u>      | Número: | <u>136</u>      | Complemento: | <u>CDM</u>           |
| Bairro:   | <u>MANAUS-PC I</u> | Cidade: | <u>Pauлиста</u> | Estado:      | <u>PE</u>            |
| E-mail:   |                    |         |                 | CEP:         | <u>53441-180</u>     |
|           |                    |         |                 | Tel.(DDD):   | <u>81.98325-9980</u> |

Local e Data: Pauлиста-PE; 30/09/2019

  
Assinatura do Declarante

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

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=22536>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento de 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 JEFFERSON SANTOS DE ANAJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980934, 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANCIO DA SILVA NUNES inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.463.224, 30

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANCIO DA SILVA NUNES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 037.463.224, 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

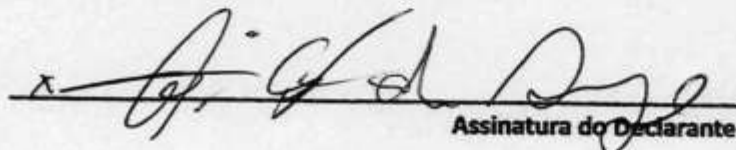
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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 60</u>    | Número: <u>136</u>      | Complemento: <u>CDM</u>         |
| Bairro: <u>MANAUS-PC I</u> | Cidade: <u>Pauлиста</u> | Estado: <u>PE</u>               |
| E-mail: _____              | CEP: <u>53441-180</u>   | Tel.(DDD): <u>81.98325-9980</u> |

Local e Data: Pauлиста-PE; 30/09/2019

  
Assinatura do Declarante



Atendimento: 1112321

Senha da Classificação:

**0159**

Data e Hora: 24/07/2019 21:35

Paciente: 347934 MARCIO DA SILVA NUNES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Data do Nascimento: 21/04/1980 Idade: 39 anos

Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARINALDA DA SILVA NUNES

Nome do Pai: SEVERINO NUNES FILHO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA CAMILO SERGIO -- 14

Bairro: JAGUARANA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Cep: 53421820

Usuário Atendimento: DIEGODFS

RG (Identidade): 2

SRCC

Data de Emissão:

CNS: 898004859707763

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03746322430

Fone: 83113458

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg

DATA: / /

HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Calos na mão e pé, refere dor na mão (D), Joelho D e Mão (E). Não vomito ou desmaia.*

EXAME FÍSICO:

*Dor à mobilização do MIV.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*Rx: 1) Frnt. femur (D)  
2) Frnt-4- MTP / Curvatura do  
S-PPP.*

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*CD: Aguentar a dor  
VPK*

*A ser re-avaliado*

**Thiago A. Petruci**  
Ortopedia/Traumatologia  
C.R. Quadell  
1950-1/SBOT 1446

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório

( ) Sala Verde ( ) Sala Amarela

( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2019 21:22

Nome Paciente: MARCIO DA SILVA NUNES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/04/1980  
Sexo: Masculino  
Idade: 39  
Senha: 0159  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 24/07/2019 21:29 - 24/07/2019 21:30

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACTE TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA EM MACA + PRANCHA + COLAR CERVICAL + COXINS COM RELATO DE DOR EM MID APÓS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.  
ALERGIA MED NEGA  
HAS+  
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2019 21:30

PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS  
CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: Marcio S. [assinatura]

Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

| Data/Hora   | Prescrição e Tratamento                                  | Dose | Via | Intervalo | Horário |
|---|--|------|-----|-----------|---------|
|   | ① Dieta Livre  |      |     |           |         |
|   | ② Jeico monitorado                                       |      |     |           |         |
|   | ③ Dipirone Oral + AD (IV)<br>6/6h S/N 1000 (12h)         |      |     |           |         |
|   | ④ Cefprozol 1000mg + 1000mg<br>SE 997. (IV) 12/12h S/N 8 |      |     | 01/00     | 12h     |
|   | ⑤ Tramadol 100mg + 25mg<br>SE 997. (IV) 12/12h S/N 8     |      |     | 01/00     | 12h     |
|   | ⑥ Paracetamol Oral + AD (IV)<br>8/8h S/N 1000mg          |      |     |           |         |
|   | ⑦ Água para transdermal                                  |      |     |           |         |
|   | ⑧ SSUV + KCC60   |      |     |           |         |
|   | ⑨ Gabapentin 25mg - Oral<br>⑩ de 8/8h (F/S)              |      |     | 01/00     | 12h     |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Thiago A. Perruci<br/>Ortopedia/Traumatologia<br/>Cr. Quadri<br/>CRM:19507/5807 1446P</p> </div> |  |      |     |           |         |
| <p>Curativo:</p>  |  |      |     |           |         |
|   | ① Clorase 40 mg (SC)<br>AS 06:00h.                       |      |     |           |         |
|   | ② Cefprozol 2g + AD (IV)                                 |      |     | 01/00     | 12h     |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Thiago A. Perruci<br/>Ortopedia/Traumatologia<br/>Cr. Quadri<br/>CRM:19507/5807 1446P</p> </div> |  |      |     |           |         |

## Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Marcio da S. Dunes Registro: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: 25/07/19

|                 | CATEGORIA                                   | Sim/Não | Score | Pontuação |
|-----------------|---|---------|-------|-----------|
| 1               | Histórico de queda (há no máximo 3 meses)   | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 25    |           |
| 2               | Diagnóstico Secundário                      | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 15    |           |
| 3               | Auxílio para deambular                      |         |       |           |
|                 | Sem auxílio/ Acamado/ Auxílio da enfermagem | Sim     | 0     |           |
|                 | Muletas/ Bengala/ andador                   | Sim     | 15    |           |
|                 | Deambula segurando nos móveis               | Sim     | 30    |           |
| 4               | Acesso Venoso                               | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 20    |           |
| 5               | Movimentação do paciente / transferência    |         |       |           |
|                 | Normal/ repouso no leito                    | Sim     | 0     |           |
|                 | Debilitado                                  | Sim     | 10    |           |
|                 | Prejudicada (restrito ao leito)             | Sim     | 20    |           |
| 6               | Estado Mental                               |         |       |           |
|                 | Orientado para as próprias capacidades      | Sim     | 0     |           |
|                 | Superestima/ esquece as próprias limitações | Sim     | 15    |           |
| Pontuação Total |   | 20      |       |           |

| Nível de Risco | Score da Escala de Morse | Ações  |
|----------------|--------------------------|--|
| Sem Risco      | 0-24                     | Intervenções de Prevenção Universal de Queda       |
| Baixo Risco    | 25-50                    | Intervenções para Prevenção de Queda               |
| Alto Risco     | >51                      | Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda |

330 973  
Enfermeiro (a)



**ESCALA DE BRADEN**  
**AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - Adulto**

Nome do paciente: Mário da S. Nunes Registro: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: 25/07/14

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>Percepção Sensorial</b><br>Capacidade de reação significativa ao desconforto | <b>1. Completamente limitada:</b><br>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.<br>OU<br>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.  | <b>2. Muito limitada:</b><br>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.<br>OU<br>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.   | <b>3. Ligeiramente limitada:</b><br>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.<br>OU<br>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.   | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.  |  |
| <b>Umidade</b><br>Nível de exposição da pele à umidade                          | <b>1. Pele constantemente úmida:</b><br>A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.  | <b>2. Pele muito úmida:</b><br>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.   | <b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b><br>A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.   | <b>4. Pele raramente úmida:</b><br>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.  |  |
| <b>Atividade</b><br>Nível de atividade física                                   | <b>1. Acamado:</b><br>O doente está confinado à cama.  | <b>2. Sentado:</b><br>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.  | <b>3. Anda ocasionalmente:</b><br>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.  | <b>4. Anda frequentemente:</b><br>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.  |  |
| <b>Mobilidade</b><br>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo       | <b>1. Completamente imobilizado:</b><br>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.  | <b>2. Muito limitada:</b><br>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.   | <b>3. Ligeiramente limitado:</b><br>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.   | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.   |  |
| <b>Nutrição</b><br>Alimentação habitual   | <b>1. Muito pobre:</b><br>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.<br>OU<br>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias. | <b>2. Provavelmente inadequada:</b><br>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br>OU<br>Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | <b>3. Adequada:</b><br>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br>OU<br>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | <b>4. Excelente:</b><br>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. |  |
| <b>Fricção e forças de deslizamento</b>   | <b>1. Problema:</b><br>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.                       | <b>2. Problema potencial:</b><br>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.                             | <b>3. Nenhum problema:</b><br>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.   |   |  |

Alto Risco: < 12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 18

ENFERMEIRO: Luís 330.973



**Protocolo de Encaminhamento**

**TIPO DE OCORRÊNCIA**

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5734402

Nome do Paciente: Marcio da Silva Nunes IDENTIFICAÇÃO 11111111 Idade: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Paulista

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

História Clínica Atual: Acne e de Mão CAUSAS CLÍNICAS:

Hipótese Diagnóstica: ① DIAT. DIABÉTICO ② FMT. EXPOSTA DO 2º MTD ③ LITASE MTA - FL ④ AVALIAÇÃO CLÍNICA ⑤ Sº RIA ⑥

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/ Estridor: S( ) N( )  
Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )  
Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50.  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

F.C: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 487765

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 25/07/2019 02:08

Paciente: 127820 MARCIO DA SILVA NUNES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/04/1980 Idade: 39 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARINALDA DA SILVA NUNES

Nome do Pai: SEVERINO NUNES FILHO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA --

14

Bairro: JAGUARANA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 09:26

Queixa Principal

Paciente com dor no pé direito há 12 dias, dor no tornozelo e na região do calcanhar.

Exame Físico

Exame físico normal. Não há sinais de inflamação local. Não há alterações na marcha.

Hipótese Diagnóstica

Possível fratura do 5º metatarso.

Prescrição Médica

- (1) Analgésico + Anti-inflamatório
- (2) SNT 1m 1 VAC 1m
- (3) Glicina 2g - 100mg 1x

Dr. Hugo Cunha  
CRM: 12346

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 01:48



Nome Paciente: MARCIO DA SILVA NUNES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/04/1980  
Sexo: Masculino  
Idade: 39  
Senha: 0002  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*gntop*

Período: 25/07/2019 01:55 - 25/07/2019 02:03

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

**NAO URGENTE - VERDE**

Cor:

**VERDE**

Queixa Principal:

PCT ENCAMINHADO UPA IGARASSU SENHA 5734462  
PCT RELATA ACIDENTE DE MOTO POR VOLTA DAS 19:20  
NEGA DESMAIO OU EMESE

Observação:

NEGA ALERGIA OU DM -  
HAS+

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
- SEM PERDA DA FUNÇÃO  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU  
FERMENTO PERFURANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 67.00 BPM  
- GLICOSE: 165.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 128.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %  
- TEMPERATURA(C): 36.20 °C

**RECEBADO  
NEPI-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não ☒

Local .....

*[Assinatura]*  
Enfermeiro

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 02:03



**DADOS DO PACIENTE**

|   |  |                               |                                       |
|---|--|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Paciente:</b> MARCIO DA SILVA NUNES              | <b>Prontuário:</b> 127820                          |                               |                                       |
| <b>Idade:</b> 39a 3m 3d                             | <b>Sexo:</b> M                                     | <b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO | <b>Data de Nascimento:</b> 21/04/1980 |
| <b>Profissão:</b>                                   | <b>Escolaridade:</b>                               |                               |                                       |
| <b>R.G.:</b> 216452045                              | <b>C.P.F.:</b> 03746322430                         | <b>Telefone:</b>              | <b>CEP</b> 53421810                   |
| <b>Endereço:</b> RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA           | 14   | JAGUARANA                     | - PAULISTA - PE                       |
| <b>Dados da Internação</b>                          |  |                               |                                       |
| <b>Origem:</b> URGENCIA/EMERGENCIA                  | <b>Data e Hora da Internação:</b> 25/07/2019 03:03 |                               |                                       |
| <b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO                   | <b>Plano:</b> GERAL                                |                               |                                       |
| <b>Unidade Internação:</b> VERDE 2 ORTOPEDIA        | <b>Acomodação:</b> ENFERMARIA DE OBSERVACA         | <b>Leito:</b> VERD2-01        |                                       |
| <b>Médico Internação:</b> HYGINO JOSE PINTO MARINHO |  |                               |                                       |

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

|                  |                  |                      |
|------------------|------------------|----------------------|
| <b>Nome:</b>     | <b>R.G.:</b>     | <b>C.P.F.:</b>       |
| <b>Endereço:</b> | <b>- Numero:</b> |                      |
| <b>fone:</b>     | <b>Cidade:</b>   | <b>Estado civil:</b> |

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

**Data da Alta:** 01 / 08 / 2019 **Hora da Alta:** \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

**Motivo:** ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

**Condições de Alta:** Boas condições clínicas

**Diagnóstico Principal.....:** Fratura segmentar transtrocanterica + diafisária de fêmur

**Diagnóstico Secundário01.:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Secundário02.:** \_\_\_\_\_

**cedimento.....:** Haste retrograda de fêmur  
DHS

**REVISADO**  
Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 16.720

**Médico e CRM:** \_\_\_\_\_

*Fúte Paula Silva Santos Nunes*  
**Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Fúte Paula*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          | 6431569  |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          | 6431569  |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|  |                          |   |               |                      |
|--|--------------------------|---|---------------|----------------------|
| 5 - Nome do Paciente                     | 6 - Nº Prontuário        |   |               |                      |
| MARCIO DA SILVA NUNES                    | 127820                   |   |               |                      |
| 7 - Cartão Nacional do SUS               | 8 - Data de Nascimento   | 9 - Sexo  | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia         |
| 898004859707763                          | 21/04/1980               | <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | 03 - Parda    | 0000 - Não Se Aplica |
| 11 - Nome da Mãe                         | 12 - Telefone de Contato |   |               |                      |
| MARINALDA DA SILVA NUNES                 | 8198311345               |   |               |                      |
| 13 - Nome Responsável                    | 14 - Telefone de Contato |   |               |                      |
| RUTH                                     |                          |   |               |                      |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)          |                          |   |               |                      |
| RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA, 14 - JAGUARANA |                          |   |               |                      |
| 16 - Município                           | 17 - IBGE                | 18 - UF   | 19 - CEP      |                      |
| PAULISTA                                 | 261070                   | PE  | 53421810      |                      |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|   |
|---|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  |
| PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM MI D + FERIMENTO EM PE DIREITO + LUXAÇÃO MTT-FALANGEANA DO 5º |

|  |
|--|
| 21 - Condições que justificam a internação |
| NECESSIDADE CIRÚRGICA                      |

|   |
|---|
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas |
| ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA             |

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR       | S723                  | W199                   |                               |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|   |                              |  |   |
|---|------------------------------|--|---|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado   | 28 - Código do Procedimento  |  |   |
| PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA      | 0415020069                   |  |   |
| 29 - Especialidade                          | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento   | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA                                   | 2                            | <input checked="" type="checkbox"/> (X) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF | 207282560580002   |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação     | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)                       |   |
| HYGINO JOSE PINTO MARINHO                   | 25/07/2019                   |  | 14859   |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|  |                      |                     |            |
|--|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito   | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete     | 41 - Série |
| 37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico  | 42 - CNPJ / Empresa  | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR  |
| 38 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajeto   |                      |                     |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência   |                      |                     |            |
| <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado |                      |                     |            |

## AUTORIZAÇÃO

|   |  |   |
|---|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador                             | 47 - Cód. Órgão Emissor                                    | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|   | E260000001   |   |
| 48 - Documento  | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |   |
| <input type="checkbox"/> ( ) CNS <input type="checkbox"/> ( ) CPF |  |   |
| 50 - Data da Autorização  | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)        |   |
|   |  |   |



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES REG: 127820

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

| DATA/HORA        |   |
|------------------|---|
| <b>25/7/2019</b> | <b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                     |
|                  | <b># ADMISSÃO</b>   |
|                  | <b>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 07 HORAS</b>            |
|                  | <b>APRESENTANDO DEFORMIDADE E DOR EM COXA DIREITA</b>             |
|                  | <b>+ FERIMENTO EM PÉ DIREITO E MÃO ESQUERDA</b>                   |
|                  | <b>EF: BEG, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL</b>                          |
|                  | <b>MID : DEFORMIDADE CLÍNICA EM COXA E 5° PDD</b>                 |
|                  | <b>FERIMENTO EM REGIÃO PLANTAR DO PÉ DIREITO</b>                  |
|                  | <b>MSE : FERIMENTO EM COMISSURA TENAR</b>                         |
|                  | <b>HD: FX DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO</b>                         |
|                  | <b>LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5° PDD</b>                                  |
|                  | <b>CD: INTERNAMENTO + BLOCO</b>                                   |
|                  | <i>Dr. Paulo Cunha<br/>Ortopedia/Traumatologia<br/>CRM 23.930</i> |
| <b>25.07.19</b>  | <i>25.07.19</i>   |
| <b>08:30</b>     | <i>08:30</i>  |
|                  | <i>HD: FX DIAFISÁRIA FÊMUR DIR.</i>                               |
|                  | <i>LE: EXPOSTA DO 5° PDD</i>                                      |
|                  | <i>1 DO TROCEN EM MIDT</i>  |
|                  | <i>DC+ DE EDUORA</i>  |
|                  | <i>FAICUTE EMMI ESTABO S/</i>                                     |
|                  | <i>Queda. BB. ORIENTADO</i>                                       |
|                  | <i>CONSCIENTE, EUPNEICO AFER</i>                                  |
|                  | <i>MID- TEND Bm POSICIONAR</i>                                    |
|                  | <i>CURATIVOS OCULTOS</i>  |
|                  | <i>CD: AG- 2° TEMPO CIRURGIA</i>                                  |



**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 30/07/2019

Hora.: 19:34

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 58353

Paciente : 127820

Convênio Atend. : 1

Leito : 208

Dt. Início : 30/07/2019 15:30

Cid Pré-Operatório : S723

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

MARCIO DA SILVA NUNES

SUS - INTERNACAO

ORTO-504-LEITO 004

Dt. Fim : 30/07/2019 19:00

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento : 487772

Carteira :

Idade : 39 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050632

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

**Equipe Médica**CIRURGIO  
ANESTESISTA

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA SEGMENTAR DO FEMUR DIREITO

CIRURGIA: RFFI COM PARAFUSO DHS + HASTE RETROGRADA DE FEMUR

CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO

1º AUXÍLIO: DR CAIO CAVALCANTE

2º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA

3º AUXÍLIO: DR IAN BUSTROF

4º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA

ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO

ANESTESIA: RAQUI

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1) DECUBITO DORSAL

2) ASSEPSIA E ANTISEPSIA DE MID E MIE

3) ACESSO LATERAL PROXIMAL AO FEMUR DIREITO

4) DIVULSAO POR PLANOS

5) APOSIÇÃO DE PARAFUSO DESLIZANTE TIPO DHS

6) OBSERVADA BOA REDUÇÃO A ESCOPIA

7) REALIZADO INCISAO EM REGIAO PERIPATELAR MEDIAL

8) FRESAGEM DE CANAL MEDULAR

9) APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE FEMUR DIREITO 10X34

10) POSICIONADO 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAIS E 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAIS

11) OBSERVADO BOA REDUÇÃO A ESCOPIA

12) CURATIVO

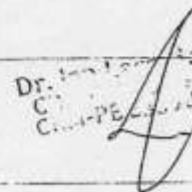
13) OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL

**Sangue e Derivados:**

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**  
Dr. Marcio da Silva Nunes  
Cirurgião



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

Página.: 0001

Data.: 25/07/2019

Hora.: 04:51

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 58267

Sala : 0002

SALA 02

Paciente : 127820

MARCIO DA SILVA NUNES

Atendimento : 487772

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 554

VERD2-01

Idade : 39 Anos

Dt. Início : 25/07/2019 04:20

Dt. Fim : 25/07/2019 04:38

Cid Pré-Operatório : S723

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Cid Pós-Operatório : S723

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

**Procedimentos**

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 42

LOCAL

**Equipe Médica**

CIRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

CIRURGIAO

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO + FERIMENTO EM PÉ DIREITO.

CIRURGIA : TRAÇÃO TRANSTIBIAL + LIMPEZA + SUTURA EM PÉ DIREITO

CIRURGIÃO : DR. CRYSTIAN PEDROSA

1º AUXILIO: DR. PEDRO CUNHA

2º AUXILIO: DRA IANELE BRAGA

ANESTESIA: LOCAL

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

**DESCRIÇÃO**

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL EM PERNA E PÉ DIREITOS.

2) ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MID;

3) PASSADO FIO K Nº 4.0 TRANSTIBIAL PARA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO;

4) REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTOS EM PÉ DIREITO

5) SUTURA COM NYLON 2.0

OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MID

CURATIVO ESTÉRIL EM PÉ E PERNA DIREITOS

OBS.1: FERIMENTO EM MÃO DIREITA JÁ SUTURADO.

OBS.2: NOVAS RADIOGRAFIAS SOLICITADAS NO INTERNAMENTO NÃO EVIDENCIARAM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA DO 5º PDD, EXAME CLÍNICO COM MOBILIDADE PRESERVADA SEM EVIDENCIA DE LUXAÇÃO.

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

*Dra Ianele Braga*  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 22.493

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO

CRM : 14859

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES

REG: 127820

IDADE: 39 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2019

DATA DA ALTA: 1/8/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISÁRIA + TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO
- LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5º PDD

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 25/07 LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO DA LUXAÇÃO + SUTURA DE FERIMENTO EM 5º PDD + TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA
- 30/07 REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA COM DHS E DE FRATURA DIAFISÁRIA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA RETROGRADO

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- FAZER USO DE AAS POR 35 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Dr. Hudson Oliveira Rocha  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 26.720

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RECEITUÁRIO

LEITE MÓDULO

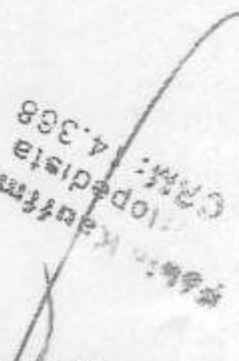
Atesto que Maria da  
Silva Nunes foi operada  
em 30/07/19 no

Fluxo Segmentar do

Femur Dir. Leite MÓDULO

S.7L

Pronto 22/10/19

  
Dr. Kaufman  
CRM: 14.368



Atendimento: 1112321

Senha da Classificação:

0159

Data e Hora: 24/07/2019 21:35

Paciente: 347934 MARCIO DA SILVA NUNES Sexo: MASCULINO  
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO  
Data do Nascimento: 21/04/1980 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: MARINALDA DA SILVA NUNES Nome do Pai: SEVERINO NUNES FILHO  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: RUA CAM... ULO SERGIC -- 14 Bairro: JAGUARANA  
Cidade/UF: PAULIS... PE Cep: 53421820 Usuário Atendimento: DIEGODFS  
RG (Identidade): 2 SRCC Data de Emissão: CNS: 898004859707763  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03746322430 Fone: 83113458  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg  
DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Calos na mão e dor, refere dor na mão (D), Joelho D e Mão (E). Não dorme a noite.*

EXAME FÍSICO:

*Dor à mobilização do M.D.*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*Rx: 1) Frot. fêmur (D)  
2) Frot - 4 - MTP / Juntas do 5.º P.D.*

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

*CO: Aguardar resultados  
UPM  
A ser re-avaliado*

HORARIO

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ( ) Ambulatório ( ) Sala Verde (X) Sala Amarela ( ) Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

*Diego A. Perruci  
Ortopedia/Traumatologia  
Cir. Quada  
CRM 19502 / SBO 1446*



## UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/07/2019 21:22

|       |                     |                       |
|-------|---------------------|-----------------------|
|       | Nome Paciente:      | MARCIO DA SILVA NUNES |
|       | Cód. Paciente:      |                       |
|       | Data de Nascimento: | 21/04/1980            |
|       | Sexo:               | Masculino             |
|       | Idade:              | 39                    |
|       | Senha:              | 0159                  |
|       | Convênio:           | -                     |
|       | Atendimento:        |                       |
| SAME: |                     |                       |

Período: 24/07/2019 21:29 - 24/07/2019 21:30

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACTE TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA EM MACA + PRANCHA + COLAR CERVICAL + COXINS COM RELATO DE DOR EM MID APÓS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.  
ALERGIA MED NEGA  
HAS+  
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG  
- P.A. SISTOLICA: 170.00 MMHG

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/07/2019 21:30

PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS  
CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: Marcio S. Alves

Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

| Data/Hora | Prescrição e Tratamento   | Dose | Via | Intervalo | Horário |
|-----------|---|------|-----|-----------|---------|
|           | ① Dieta Livre   |      |     |           |         |
|           | ② Soro Hipotônico   |      |     |           |         |
|           | ③ Dipirona Oral + AD (V)  |      |     |           |         |
|           | 6/6h S/N 800mg (V)  |      |     |           |         |
|           | ④ Paracetamol 1000mg + 1000mg   |      |     |           |         |
|           | SF 997. (V) 12/12h S/N 8  |      |     | 01:00     | Leito   |
|           | ⑤ Tramadol 1000mg + 200mg   |      |     |           |         |
|           | SF 997. (V) 12/12h S/N 8  |      |     | 01:00     | Leito   |
|           | ⑥ Paracetamol Oral + AD (V)   |      |     |           |         |
|           | 8/8h S/N 800mg  |      |     |           |         |
|           | ⑦ Aguardente Transparência  |      |     |           |         |
|           | ⑧ SSUV + CCB  |      |     |           |         |
|           | ⑨ Lefetrol 25mg - Oral  |      |     |           |         |
|           | de 8/8h (Fiso)  |      |     | 01:00     | Leito   |
|           | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> Thiago A. Perruci<br/>Ortopedia/Traumatologia<br/>C.R. Quadri<br/>CRM 19507/5807 14468 </div> |      |     |           |         |
|           | <p>Complemento:</p>   |      |     |           |         |
|           | ① Cleare 40 mg (SC)   |      |     |           |         |
|           | AS 06:00h.  |      |     |           |         |
|           | ② Lefetrol 25 + AD (V)  |      |     |           |         |
|           |   |      |     | 01:00     | Leito   |
|           | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; transform: rotate(-15deg); display: inline-block;"> Thiago A. Perruci<br/>Ortopedia/Traumatologia<br/>C.R. Quadri<br/>CRM 19507/5807 14468 </div> |      |     |           |         |

### Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Narciso da S. Nunes Registro: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: 25/07/16

|                 | CATEGORIA                                   | Sim/Não | Score | Pontuação |
|-----------------|---|---------|-------|-----------|
| 1               | Histórico de queda (há no máximo 3 meses)   | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 25    |           |
| 2               | Diagnóstico Secundário                      | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 15    |           |
| 3               | Auxílio para deambular                      |         |       |           |
|                 | Sem auxílio/ Acamado/ Auxílio da enfermagem | Sim     | 0     |           |
|                 | Muletas/ Bengala/ andador                   | Sim     | 15    |           |
|                 | Deambula segurando nos móveis               | Sim     | 30    |           |
| 4               | Acesso Venoso                               | Não     | 0     |           |
|                 |   | Sim     | 20    |           |
| 5               | Movimentação do paciente / transferência    |         |       |           |
|                 | Normal/ repouso no leito                    | Sim     | 0     |           |
|                 | Debilitado                                  | Sim     | 10    |           |
|                 | Prejudicada (restrito ao leito)             | Sim     | 20    |           |
| 6               | Estado Mental                               |         |       |           |
|                 | Orientado para as próprias capacidades      | Sim     | 0     |           |
|                 | Superestima/ esquece as próprias limitações | Sim     | 15    |           |
| Pontuação Total |   |         | 20    |           |

| Nível de Risco | Score da Escala de Morse | Ações  |
|----------------|--------------------------|--|
| Sem Risco      | 0-24                     | Intervenções de Prevenção Universal de Queda       |
| Baixo Risco    | 25-50                    | Intervenções para Prevenção de Queda               |
| Alto Risco     | >51                      | Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda |

330.973  
Enfermeiro (a)



ESCALA DE BRADEN  
AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Marcio da S. Nunes Registro: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: 25/07/11

|   |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
| <b>Percepção Sensorial</b><br>Capacidade de reação significativa ao desconforto | <b>1. Completamente limitada:</b><br>Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.<br>OU<br>Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.   | <b>2. Muito limitada:</b><br>Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação.<br>OU<br>Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.  | <b>3. Ligeiramente limitada:</b><br>Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.<br>OU<br>Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.  | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.   |  |
| <b>Umidade</b><br>Nível de exposição da pele à umidade                          | <b>1. Pele constantemente úmida:</b><br>A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.   | <b>2. Pele muito úmida:</b><br>A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.  | <b>3. Pele ocasionalmente úmida:</b><br>A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.  | <b>4. Pele raramente úmida:</b><br>A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.   |  |
| <b>Atividade</b><br>Nível de atividade física                                   | <b>1. Acamado:</b><br>O doente está confinado à cama.   | <b>2. Sentado:</b><br>Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.   | <b>3. Anda ocasionalmente:</b><br>Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.   | <b>4. Anda frequentemente:</b><br>Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.   |  |
| <b>Mobilidade</b><br>Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo       | <b>1. Completamente imobilizado:</b><br>Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.   | <b>2. Muito limitada:</b><br>Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.  | <b>3. Ligeiramente limitado:</b><br>Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.  | <b>4. Nenhuma limitação:</b><br>Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.  |  |
| <b>Nutrição</b><br>Alimentação habitual   | <b>1. Muito pobre:</b><br>Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.<br>OU<br>Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias. | <b>2. Provavelmente inadequada:</b><br>Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.<br>OU<br>Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda. | <b>3. Adequada:</b><br>Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.<br>OU<br>É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais. | <b>4. Excelente:</b><br>Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos. |  |
| <b>Fricção e forças de deslizamento</b>   | <b>1. Problema:</b><br>Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.                      | <b>2. Problema potencial:</b><br>Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.                              | <b>3. Nenhum problema:</b><br>Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.  |  |  |

Alto Risco: < 12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 18

ENFERMEIRO: João 330.973



**Protocolo de Encaminhamento**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>   |  | <b>SENHA</b> <u>5734402</u>   |
| Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )<br>Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )   |  |   |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b><br>Nome do Paciente: <u>Marcio da Silva Naves</u> Idade: _____<br>Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: _____ Fone: _____<br>Endereço Residencial: _____ Bairro: _____<br>Cidade: <u>Recife</u>   |  |   |
| <b>CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b>   |  |   |
| Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )<br>Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )<br>Veículo (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )<br>Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )<br>Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )<br>Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____<br>Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )<br>Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )<br>Queda: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura<br>Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____<br>Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____<br>Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento |  |   |
| História Clínica Atual: <u>Acneve de Mão</u> <b>CAUSAS CLÍNICAS:</b>  |  |   |
| Hipótese Diagnóstica: <u>① PAT. DIABÉTICA SEMIN ② PAT. EXPOSTA DO 2º MTD ③ LUGAR MTD - FL 5º RIA ④</u>  |  |   |
| <b>AVALIAÇÃO CLÍNICA</b><br>Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____<br>Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )<br>Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )<br>Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )<br>Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )<br>Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )<br>Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )<br>Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )<br>Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )   |  |   |
| FR: RN 35-50<br>< 1 ano 30-50<br>Crianças 20-30<br>Adulto 12-30   |  | FC: RN 120-160<br>< 1 ano 90-140<br>Criança 80-110<br>Adulto 60-100 |



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 487765

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 25/07/2019 02:08

Paciente: 127820 MARCIO DA SILVA NUNES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/04/1980 Idade: 39 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARINALDA DA SILVA NUNES

Nome do Pai: SEVERINO NUNES FILHO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA

14

Bairro: JAGUARANA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 19:26

Queixa Principal

Paciente LITOR com dor no joelho a 10 dias de início  
de dor e inchaço no joelho IV

Exame Físico

Joelho com LITOR, dor S. Koro, Dor no  
caso

Hipótese Diagnóstico

Ex. de LITOR com dor  
LITOR com dor S. Koro

Prescrição Médica

(1) Ibruprofeno + Bolo.

(2) SST 1m 1 VAF 1m

(3) Glicetina 2g 0,5m 1m

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Paulo Cunha  
CRM: 12346

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para

Senha:

( ) Encaminhado ao setor de internação

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/07/2019 01:48



Nome Paciente: MARCIO DA SILVA NUNES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/04/1980  
Sexo: Masculino  
Idade: 39  
Senha: 0002  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

*entop*

Período: 25/07/2019 01:55 - 25/07/2019 02:03

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

**NAO URGENTE - VERDE**

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT ENCAMINHADO UPA IGARASSU SENHA 5734462  
PCT RELATA ACIDENTE DE MOTO POR VOLTA DAS 19:20  
NEGA DESMAIO OU EMSE

Observação:

NEGA ALERGIA OU DM -  
HAS+

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
- SEM PERDA DA FUNÇÃO  
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU  
FERMENTO PERFURANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 67.00 BPM  
- GLICOSE: 165.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 128.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %  
- TEMPERATURA(C): 36.20 °C

RETOCADO  
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não ☒

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/07/2019 02:03



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **487772**

Usuário: ROBERTAMB

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: **MARCIO DA SILVA NUNES** Prontuário: 127820  
Idade: 39a 3m 3d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 21/04/1980  
Profissão: Escolaridade: R.G.: 216452045 C.P.F.: 03746322430 Telefone: CEP 53421810  
Endereço: RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA, 14 - JAGUARANA - PAULISTA - PE  
**Dados da Internação**  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 25/07/2019 03:03  
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-01  
Médico Internação: HYGINO JOSE PINTO MARINHO

### DADOS DO RESPONSÁVEL

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

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01 / 08 / 2019 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão  
Condições de Alta: Bom condições clínicas  
Diagnóstico Principal.....: Fratura segmentar transtrocanterica + diafisária de fêmur  
Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_  
cedimento.....: Haste retrograda de fêmur **REVISADO**  
DHS **COH-FIM**  
Dr. Hudyson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 66.720  
Médico e CRM:  
Paulo Silva Santos Nunes  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paulo Silva Santos Nunes  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | 2 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          | 6431569  |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | 4 - CNES |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES          | 6431569  |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|  |                          |          |               |                      |
|--|--------------------------|----------|---------------|----------------------|
| 5 - Nome do Paciente                     | 6 - Nº Prontuário        |          |               |                      |
| MARCIO DA SILVA NUNES                    | 127820                   |          |               |                      |
| 7 - Cartão Nacional do SUS               | 8 - Data de Nascimento   | 9 - Sexo | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia         |
| 898004859707763                          | 21/04/1980               | X 1      | 03 - Parda    | 0000 - Não Se Aplica |
| 11 - Nome da Mãe                         | 12 - Telefone de Contato |          |               |                      |
| MARINALDA DA SILVA NUNES                 | 8198311345               |          |               |                      |
| 13 - Nome Responsável                    | 14 - Telefone de Contato |          |               |                      |
| RUTH                                     |                          |          |               |                      |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)          |                          |          |               |                      |
| RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA, 14 - JAGUARANA |                          |          |               |                      |
| 16 - Município                           | 17 - IBGE                | 18 - UF  | 19 - CEP      |                      |
| PAULISTA                                 | 261070                   | PE       | 53421810      |                      |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|   |
|---|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  |
| PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM M.D. - FERIMENTO EM PE DIREITO - LUXAÇÃO MTT-FALANGEANA DO 5º |

|  |
|--|
| 21 - Condições que justificam a internação |
| NECESSIDADE CIRURGICA                      |

|   |
|---|
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas |
| ANAMNESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIA             |

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR       | S723                  | W199                   |                               |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|  |                              |  |   |
|--|------------------------------|--|---|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado        | 28 - Código do Procedimento  |  |   |
| PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA           | 0415020069                   |  |   |
| 29 - Especialidade                               | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento   | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRURGICA  | 2                            | (X) CNS ( ) CPF  | 207282560580002   |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação     | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) |   |
| HYGINO JOSE PINTO MARINHO                        | 25/07/2019                   |  |   |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

|                                 |                      |                     |            |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito   | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Boleto      | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acid. Trabalho Típico  | 42 - CNPJ / Empresa  | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR  |
| 38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto |                      |                     |            |

|  |
|--|
| 45 - Vínculo com a Previdência   |
| ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor                                    | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|                                       | E260000001   |   |
| 48 - Documento                        | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |   |
| ( ) CNS ( ) CPF                       |  |   |
| 50 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)        |   |
|                                       |  |   |

Código do Laudo: 487765



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES REG: 127820

CLÍNICA: \_\_\_\_\_

ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

| DATA/HORA        |  |
|------------------|--|
| <b>25/7/2019</b> | <b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>        |
|                  | <b># ADMISSÃO</b>                                    |
|                  | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 07 HORAS      |
|                  | APRESENTANDO DEFORMIDADE E DOR EM COXA DIREITA       |
|                  | + FERIMENTO EM PÉ DIREITO E MÃO ESQUERDA             |
|                  | EF: BEG, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL                    |
|                  | MID : DEFORMIDADE CLÍNICA EM COXA E 5º PDD           |
|                  | FERIMENTO EM REGIÃO PLANTAR DO PÉ DIREITO            |
|                  | MSE : FERIMENTO EM COMISSURA TENAR                   |
|                  | HD: FX DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO                   |
|                  | LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5º PDD                            |
|                  | CD: INTERNAMENTO + BLOCO                             |
|                  | Dr. F. F. Cunha<br>Ortop. e Traumatol.<br>CRM 33.958 |
| 25.07.19         | 12:00  |
| 08:30            | HD: FX DIAFISÁRIA FÊMUR DIR.                         |
|                  | LE: EXPOSTA DO 5º PDD                                |
|                  | 1 DO TROC. EM MIDT                                   |
|                  | DO DE EDUORA   |
|                  | FAICUTE EMMI FSTAUFI S/                              |
|                  | QUEDA. BS. ORIENTADO                                 |

CONSCIENTE, EUPNEICO, AFEBRIL  
MID- TROC. BEM POSICIONADO  
CURATIVOS OCULTOS  
CD: AG- 2º TEMPO CIRCUNDAÇÃO



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

Página.: 0001

Data.: 30/07/2019

Hora.: 19:34

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 58353 Sala : 0001 SALA 01  
Paciente : 127820 MARCIO DA SILVA NUNES Atendimento : 487772  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 208 ORTO-504-LEITO 004 Idade : 39 Anos  
Dt. Início : 30/07/2019 15:30 Dt. Fim : 30/07/2019 19:00  
Cid Pré-Operatório : S723 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR  
Cid Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050632 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

**Equipe Médica**

URGIAO 20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR  
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA SEGMENTAR DO FEMUR DIREITO  
CIRURGIA: RFFI COM PARAFUSO DHS + HASTE RETROGRADA DE FEMUR  
CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO  
1º AUXÍLIO: DR CAIO CAVALCANTE  
2º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA  
3º AUXÍLIO: DR IAN BUSTROF  
4º AUXÍLIO: DR IAN LACERDA  
ANESTESISTA: DRA CONCEIÇÃO  
ANESTESIA: RAQUI

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

- 1) DECUBITO DORSAL
- 2) ASSEPSIA E ANTISEPSIA DE MID E MIE
- 3) ACESSO LATERAL PROXIMAL AO FEMUR DIREITO
- 4) DIVULSAO POR PLANOS
- 5) APOSIÇÃO DE PARAFUSO DESLIZANTE TIPO DHS
- 6) OBSERVADA BOA REDUÇÃO A ESCOPIA
- 7) REALIZADO INCISAO EM REGIAO PERIPATELAR MEDIAL
- 8) FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
- 9) APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEDA DE FEMUR DIREITO 10X34
- 10) POSICIONADO 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO DISTAIS E 2 PARAFUSOS DE BLOQUEIO PROXIMAIS
- 11) OBSERVADO BOA REDUÇÃO A ESCOPIA
- 12) CURATVO
- 13) OBSERVADO BOA PERFUSAO DISTAL

**Sangue e Derivados:**

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

**Achados Cirúrgicos:**

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

|                               |                             |         |                      |
|-------------------------------|-----------------------------|---------|----------------------|
| Aviso de Cirurgia : 58267     | Sala : 0002                 | SALA 02 | Atendimento : 487772 |
| Paciente : 127820             | MARCIO DA SILVA NUNES       |         | Carteira :           |
| Convênio Atend. : 1           | SUS - INTERNACAO            |         | Idade : 39 Anos      |
| Leito : 554                   | VERD2-01                    |         |                      |
| Dt. Início : 25/07/2019 04:20 | Dt. Fim : 25/07/2019 04:38  |         |                      |
| Cid Pré-Operatório : S723     | FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR |         |                      |
| Cid Pós-Operatório : S723     | FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR |         |                      |

**Procedimentos**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Procedimento: 0415040035 | DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL) |
| Convênio: 001            | SUS - INTERNACAO   |
| Anestesia: 42            | LOCAL  |

**Equipe Médica**

|           |       |                             |
|-----------|-------|-----------------------------|
| CIRURGIAO | 14859 | HYGINO JOSE PINTO MARINHO   |
| CIRURGIAO | 13344 | ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE |

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO + FERIMENTO EM PÉ DIREITO.  
CIRURGIA : TRAÇÃO TRANSTIBIAL + LIMPEZA + SUTURA EM PÉ DIREITO  
CIRURGIÃO : DR. CRYSTIAN PEDROSA  
1º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA  
2º AUXÍLIO: DRA IANELE BRAGA  
ANESTESIA: LOCAL  
ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

**DESCRIÇÃO**

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL EM PERNA E PÉ DIREITOS.
  - 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
  - 3) PASSADO FIO K Nº 4.0 TRANSTIBIAL PARA INSTALAÇÃO DE TRAÇÃO;
  - 4) REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTOS EM PÉ DIREITO
  - 5) SUTURA COM NYLON 2.0
- OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM MID  
CURATIVO ESTÉRIL EM PÉ E PERNA DIREITOS

OBS.1: FERIMENTO EM MÃO DIREITA JÁ SUTURADO.

OBS.2: NOVAS RADIOGRAFIAS SOLICITADAS NO INTERNAMENTO NÃO EVIDENCIARAM LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO METATARSO FALANGEANA DO 5º PDD, EXAME CLÍNICO COM MOBILIDADE PRESERVADA SEM EVIDENCIA DE LUXAÇÃO.

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

*Dra Ianele Braga*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 22.405

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO  
CRM : 14859

## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES

IDADE: 39 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 25/07/2019

REG: 127820

DATA DA ALTA: 1/8/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DIAFISÁRIA + TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO
- LUXAÇÃO EXPOSTA DO 5º PDD

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 25/07 LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO DA LUXAÇÃO + SUTURA DE FERIMENTO EM 5º PDD + TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA
- 30/07 REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA TRANSTROCANTÉRICA COM DHS E DE FRATURA DIAFISÁRIA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA RETROGRADO

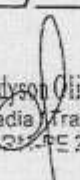
### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- FAZER USO DE AAS POR 35 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

### **PROGRAMA APÓS ALTA:**

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ( x ) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Dr. Hudson Oliveira Rocha  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 26.720

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                        |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                |  |                                      |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                     |  |                                      |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                      |  |                                      |
| VÁLIDA EM TODO<br>O TERRITÓRIO NACIONAL<br>1421968763 | NOME<br><b>MARCIO DA SILVA NUNES</b>   |                                      |
|   | DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF<br><b>216452045 SECC RJ</b>  |                                      |
|   | CPI<br><b>037.463.224-30</b>   | DATA NASCIMENTO<br><b>21/04/1980</b> |
|   | FILIAÇÃO<br><b>SEVERINO NUNES FILHO</b>  |                                      |
|   | <b>MARINALDA DA SILVA NUNES</b>  |                                      |
|   | PERMISSÃO<br><b>AB</b>   | CAT. HABILITAÇÃO<br><b>AB</b>        |
|   | Nº REGISTRO<br><b>06048789508</b>  | VALIDADE<br><b>08/02/2022</b>        |
|   | 1ª HABILITAÇÃO<br><b>17/04/2014</b>  |                                      |
|   | OBSERVAÇÕES  |                                      |
|   | ASSINATURA DO PORTADOR<br><i>Marcio da Silva Nunes</i>   |                                      |
| PROIBIDO PLASTIFICAR<br>1421968763                    | LOCAL<br><b>RECIFE - PE</b>  | DATA EMISSÃO<br><b>19/04/2017</b>    |
|   | Assinatura do Emissor<br><i>Charles Andrew Sousa Ribeiro</i><br>Charles Andrew Sousa Ribeiro<br>Diretor Presidente |                                      |
|   | ASSINATURA DO EMISSOR<br><b>64746008122</b><br><b>PE077306031</b>  |                                      |
|   | <b>PERNAMBUCO</b>  |                                      |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CÂMBIO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
 5123670 SSP PE

CPF  
 051.980.934-32

DATA NASCIMENTO  
 05/08/1983

FILIAÇÃO  
 AMARO RODRIGUES DE ARA  
 UJO  
 LUCIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO  
 02362851114

PERMISSÃO  
 ACC

VALIDADE  
 23/07/2020

1ª HABILITAÇÃO  
 05/06/2002

LOCAL  
 RECIFE, PE

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Jefferson Santos de Araujo*

ASSINATURA DO EMISSOR  
 Charles Anderson Sousa Ribeiro  
 Diretor Presidente

DATA EMISSÃO  
 09/07/2018

PERNAMBUCO

00039873354  
 PE073632651

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1677682555

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                        |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                |  |                                      |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO                     |  |                                      |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO                      |  |                                      |
| VÁLIDA EM TODO<br>O TERRITÓRIO NACIONAL<br>1421968763 | NOME<br><b>MARCIO DA SILVA NUNES</b>   |                                      |
|   | DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF<br><b>216452045 SECC RJ</b>  |                                      |
|   | CPI<br><b>037.463.224-30</b>   | DATA NASCIMENTO<br><b>21/04/1980</b> |
|   | FILIAÇÃO<br><b>SEVERINO NUNES FILHO</b>  |                                      |
|   | <b>MARINALDA DA SILVA NUNES</b>  |                                      |
|   | PERMISSÃO<br><b>AB</b>   | CAT. HABILITAÇÃO<br><b>AB</b>        |
|   | Nº REGISTRO<br><b>06048789508</b>  | VALIDADE<br><b>08/02/2022</b>        |
|   | 1ª HABILITAÇÃO<br><b>17/04/2014</b>  |                                      |
|   | OBSERVAÇÕES  |                                      |
|   | ASSINATURA DO PORTADOR<br><i>Marcio da Silva Nunes</i>   |                                      |
| PROIBIDO PLASTIFICAR<br>1421968763                    | LOCAL<br><b>RECIFE - PE</b>  | DATA EMISSÃO<br><b>19/04/2017</b>    |
|   | Assinatura do Emissor<br><i>Charles Andrew Sousa Ribeiro</i><br>Charles Andrew Sousa Ribeiro<br>Diretor Presidente |                                      |
|   | ASSINATURA DO EMISSOR<br><b>64746008122</b><br><b>PE077306031</b>  |                                      |
|   | <b>PERNAMBUCO</b>  |                                      |