



03/02/2020

Número: **0001134-30.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIO DA SILVA NUNES (AUTOR)		AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57296851	03/02/2020 11:02	2689480_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00011343020208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresa seguradora com sede à Av. Marques de Olinda, 175 - Bairro do Recife - Recife - PE - CEP: 50030-000, inscrita no CNPJ sob o número 33.054.826/0001-92 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCIO DA SILVA NUNES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossigue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

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 MÉDICA.				
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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.



Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irreatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 24/07/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de janeiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCIO DA SILVA NUNES**, em curso perante a **18ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00011343020208172001.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001134-30.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIO DA SILVA NUNES (AUTOR)		AMARO RODRIGUES DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57296852	03/02/2020 11:02	ANEXO 1	Outros (Documento)

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

DOC IDENTIDADE / DNO EMISSOR / US

5123670 SSP PE

CNP

051.980.936-32 DATA NASCIMENTO

05/08/1983

FILIAÇÃO

ANARO RODRIGUES DE ARA

DNO

LUZIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO

02362851214

PERMISSÃO

ACC

CAJ. HAB

23/07/2020

06/06/2002

ORDEMADO

KAR

A. S. do R. do

LOCAL

ADMINISTRAÇÃO DE FISCALIA

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

09/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

00039873354

E2073632652

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1677682555

VALIDA EM TODA

A TERRITÓRIO NACIONAL

1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETALHAMENTO Nº **011969567567**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº **84758052853**

1 DOB RENAVAM 1038440553 *****

100ML ENDEREÇO
MILKA KEZIA PEREIRA DE SOUZA
RUA CENTO E OITENTA E NOVE 196
CARTEZ I
ABREU E LIMA-PE 53530-474

978-795-304-98 PCW3892

SERRAMOTO LTDA

***** 9C2KC1650FR024867

ESPÉCIE DE VEÍCULO: PAS /MOTOCICLETA/ COMBUSTÍVEL: ALCO/GASO

MARCA: HONDA /CG 150 TITAN EX 2014 2015

22/149CL PARTIC VERMELHA

26150416

AL. FID. BANCO HONDA SA

[Assinatura]

ABREU E LIMA 11/02/15

[Assinatura] **Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior**
Diretor Presidente DETRAN/PE



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.

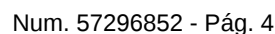
DANOS

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



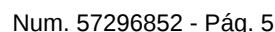
[illegible]

6.5. FINAL REMARKS



OBSERVATIONS ON THE LIFE OF A VITICULTURIST IN THE SOUTH OF FRANCE

Abstract



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: 031.463.224-70

Endereço: RUA BALTOZ 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)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador
Av. Manoel Floriano Pereira 25, CEP 53014-00, Paulista-PE - Fone: (81) 3011-1000

Reconheço por autenticidade a firma MARCIO DA SILVA LUNES

Oute. Paulista-PE, 17/09/2019 13:23:40 Emol: R\$ 3,51 TSMR R\$
0,00 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,08 FERM 0,04 FUNSEG 0,08 Op. 216
ANA CAROLINA DA COSTA SILVA - Escrevente

Selo 0077552 UIF09201902 01784

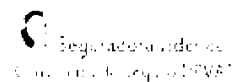
Consulte a autenticidade em: www.tpe.jus.br/validar/tpe



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 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

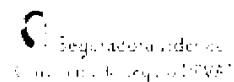
Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

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 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





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15231797





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou AGE: 037.463.224-30 Nome completo da vítima: 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: MARCIO DA SILVA NUNES CPF: 037.463.224-30
Profissão: Pedreiro Endereço: rua carlon auteman Dutra Número: 14 Complemento: A
Bairro: Jaguariuna Cidade: Pauлиста Estado: PE CEP: 53.421-810
E-mail: 81.98325-4088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 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, o somatório 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 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.

Fecho motivo assinado, 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 não submeter a 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 contestar a responsabilidade do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____ Pais/avós vivos: _____

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

Local e Data: Pauлиста, 30/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

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 RGOO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AGE:

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:

MARCIO DA SILVA NUNES

CPF:

037.463.224-30

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

rua carlon auteman Dutra

Número:

14

Complemento:

A

Bairro:

Jaguariuna

Cidade:

Pauлиста

Estado:

PE

CEP:

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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

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, o somatório do crédito a favor da Seguradora Líder, 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 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.

Fecho motivo assinado, 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 não submeter a 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 contestar a responsabilidade do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (decorrente)

Local e Data:

Pauлиста, 30/09/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RÓSCA

MARCIO DA SILVA NUNES

Assinatura da vítima/beneficiário (decorrente)

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 RÓSCA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AGE:

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:

MARCIO DA SILVA NUNES

CPF:

037.463.224-30

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

Rua Carlos Aulerman Dutra

Número:

14

Complemento:

A

Bairro:

Jaguariuna

Cidade:

Pauлиста

Estado:

PE

CEP:

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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

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, o somatório do crédito e a 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 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.

Fecho motivo assinado, sob o crô do prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter a 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 contestar a responsabilidade do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Pauлиста, 30/09/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RÓSCA

MARCIO DA SILVA NUNES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RÓSCA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

() MANEJO () X () SEMANÁRIO

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	Poste Arvore	Topolamento
Animal	Transversal	Mina/Casa	Saída da pista
	Traseira	Veículo Parado	Curvas

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	
Nº VÍCUL. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	02	IDENT	02	NAO IDENT	01
					TOTAL 02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTÂNCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDICOES VIA	CONDICOES TEMPO	PERÍODO DIA	SEMAFORO
Largo da Via	X	Seca	Manhã	S Defeito
Cruzamento	N	Molhada	Tarde	C Defeito
Outros		Enlameada	Noite	Desnigado
		Alagada	Madrugada	N Exat

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pura"	MAO DE DIRECAO	DIVISÃO DA VIA
P. Pedestre	Placa "De a. Pref"	Unica	Faixa Contínua
P. Rodoviário	Não há Placas	X	Canal Central
		Dupla	Blocos
			Canais

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA - VI V2	COMPORTAMENTO - VI V2
Realização no local	Permanência no local
Nº. Ponto Exame	Socorro
Nº. do Realizado	VI
	Exaduese
	V2

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza dos Danos	



VIII - VEÍCULOS

QUANTIDADE TRACÇÃO	VI-V2	ESPECIE - VI-V2	CATEGORIA - VI-V2
Automotor	VI	Passageiro	VI
De Propulsão Humana		Carga	Particular
De tração animal		Misto	Mistura

IV - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEICULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150 ELIAN	Ano	14-15	Renovar	1638480553	Pula	PEW 3892
Município	ABREU LIMA	Nº do Chassis	902NC1660FR024867						
Carregado		Aprendido		Liberado			X		
Proprietário	MILNA KEZIA FERREIRA DE SOUZA								
Residência									
Município	ABREU LIMA	Rg		Org. Exp.			PT		070.795.304-90
Residência	MARCIO DA SILVA NUNES								
Residência	RUA CANTOR ALTEMIAR DUTRA Nº 15								
Município	PAULISTA	Rg	216452045	Org. Exp.	SECC				JAGUARANA
CPF	06048789598	Categoria	AB	Validade	08-02-2022				10 MIN

VEICULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renovar		Pula	
Município		Nº do Chassis							
Carregado		Aprendido		Liberado					
Proprietário									
Residência									
Município		Rg		Org. Exp.			PT		
Residência									
Município		Rg		Org. Exp.			PT		
CPF									
Validade									

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		Rg		Org. Exp.		CPF	

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência							
Município		Rg		Org. Exp.		CPF	

VITIMA - 01

Nome	MARCIO DA SILVA NUNES	Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves	X	Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	38	Sexo	MASC	Nacionalidade	Portuguesa
Profissão	PEDREIRO	Residência	RUA CANTOR ALTEMIAR DUTRA Nº 15	Município	JAGUARANA		
Município	PAULISTA	CPF	06048789598	Org. Exp.	SECC	CPF	037.463.224-30
Sociedade	CPA DE IGARASSU			Município	IGARASSU		
Endereço	SAMUEL (CONDUTOR DA OMSAMU B3 - PAULISTA)						
Residência							
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg	MA114272	Org. Exp.	CPF

VITIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve	Graves		Mortais	
Estado Civil		Idade		Sexo		Nacionalidade	
Profissão		Residência					
Município		UF	Rg	Org. Exp.		CPF	
Sociedade							
Endereço							
Residência							
Município		UF	Rg	Org. Exp.		CPF	



D. P. - 03/02/2020 11:02:05
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Policia Militar de Pernambuco



MI - INFERIORES COMETIDAS

[illegible]

XV. AVARIAS APARENTES

• **1997** – **1998** – **1999** – **2000** – **2001** – **2002** – **2003** – **2004** – **2005** – **2006** – **2007** – **2008** – **2009** – **2010** – **2011** – **2012** – **2013** – **2014** – **2015** – **2016** – **2017** – **2018** – **2019** – **2020** – **2021** – **2022** – **2023** – **2024** – **2025** – **2026** – **2027** – **2028** – **2029** – **2030** – **2031** – **2032** – **2033** – **2034** – **2035** – **2036** – **2037** – **2038** – **2039** – **2040** – **2041** – **2042** – **2043** – **2044** – **2045** – **2046** – **2047** – **2048** – **2049** – **2050** – **2051** – **2052** – **2053** – **2054** – **2055** – **2056** – **2057** – **2058** – **2059** – **2060** – **2061** – **2062** – **2063** – **2064** – **2065** – **2066** – **2067** – **2068** – **2069** – **2070** – **2071** – **2072** – **2073** – **2074** – **2075** – **2076** – **2077** – **2078** – **2079** – **2080** – **2081** – **2082** – **2083** – **2084** – **2085** – **2086** – **2087** – **2088** – **2089** – **2090** – **2091** – **2092** – **2093** – **2094** – **2095** – **2096** – **2097** – **2098** – **2099** – **2100** – **2101** – **2102** – **2103** – **2104** – **2105** – **2106** – **2107** – **2108** – **2109** – **2110** – **2111** – **2112** – **2113** – **2114** – **2115** – **2116** – **2117** – **2118** – **2119** – **2120** – **2121** – **2122** – **2123** – **2124** – **2125** – **2126** – **2127** – **2128** – **2129** – **2130** – **2131** – **2132** – **2133** – **2134** – **2135** – **2136** – **2137** – **2138** – **2139** – **2140** – **2141** – **2142** – **2143** – **2144** – **2145** – **2146** – **2147** – **2148** – **2149** – **2150** – **2151** – **2152** – **2153** – **2154** – **2155** – **2156** – **2157** – **2158** – **2159** – **2160** – **2161** – **2162** – **2163** – **2164** – **2165** – **2166** – **2167** – **2168** – **2169** – **2170** – **2171** – **2172** – **2173** – **2174** – **2175** – **2176** – **2177** – **2178** – **2179** – **2180** – **2181** – **2182** – **2183** – **2184** – **2185** – **2186** – **2187** – **2188** – **2189** – **2190** – **2191** – **2192** – **2193** – **2194** – **2195** – **2196** – **2197** – **2198** – **2199** – **2200** – **2201** – **2202** – **2203** – **2204** – **2205** – **2206** – **2207** – **2208** – **2209** – **2210** – **2211** – **2212** – **2213** – **2214** – **2215** – **2216** – **2217** – **2218** – **2219** – **2220** – **2221** – **2222** – **2223** – **2224** – **2225** – **2226** – **2227** – **2228** – **2229** – **2230** – **2231** – **2232** – **2233** – **2234** – **2235** – **2236** – **2237** – **2238** – **2239** – **2240** – **2241** – **2242** – **2243** – **2244** – **2245** – **2246** – **2247** – **2248** – **2249** – **2250** – **2251** – **2252** – **2253** – **2254** – **2255** – **2256** – **2257** – **2258** – **2259** – **2260** – **2261** – **2262** – **2263** – **2264** – **2265** – **2266** – **2267** – **2268** – **2269** – **2270** – **2271** – **2272** – **2273** – **2274** – **2275** – **2276** – **2277** – **2278** – **2279** – **2280** – **2281** – **2282** – **2283** – **2284** – **2285** – **2286** – **2287** – **2288** – **2289** – **2290** – **2291** – **2292** – **2293** – **2294** – **2295** – **2296** – **2297** – **2298** – **2299** – **2300** – **2301** – **2302** – **2303** – **2304** – **2305** – **2306** – **2307** – **2308** – **2309** – **2310** – **2311** – **2312** – **2313** – **2314** – **2315** – **2316** – **2317** – **2318** – **2319** – **2320** – **2321** – **2322** – **2323** – **2324** – **2325** – **2326** – **2327** – **2328** – **2329** – **2330** – **2331** – **2332** – **2333** – **2334** – **2335** – **2336** – **2337** – **2338** – **2339** – **2340** – **2341** – **2342** – **2343** – **2344** – **2345** – **2346** – **2347** – **2348** – **2349** – **2350** – **2351** – **2352** – **2353** – **2354** – **2355** – **2356** – **2357** – **2358** – **2359** – **2360** – **2361** – **2362** – **2363** – **2364** – **2365** – **2366** – **2367** – **2368** – <

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

EM ANEXO

EM ANEXO

ANEXOS

Polo de Brigada	Polícia Militar	Fuzilaria	Nº 067696
Comandante e Delegacia de			Hora
Marcos Antônio da Conceição			Marcus
Nº 1 - Responsável pelo BAF	Posto Grad.	C.B.P.M.	Marcelino
12345 - Titular do SNTA	SD JOSEFA		106522-0
		Ch. chefe do SNTA	SUBRIF
			SOBRINHO
			MSF PM SWELLINGTON

CONFERE COM O ORIGINAL QUE
ME FOI APRESENTADO

DATA: 13 / 08 / 19

455:

forever



SO PA - JESSE ALVARO DE SOUSA SANTO
INTERVENIA - 1942-4
ESTADO DE MINAS GERAIS



IV. SIMBOLOGIA

Autocarro e outros Veículos de 4 Rodas		Incêndio	
Ônibus, Camionete ou Treta -		Marcha à frente -	
Trem		Marcha à Ré	
Veículo de 2 ou 3 Rodas		Detrapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Sólido		Depois da Colisão -	

XIII. CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - BPRV
Batalhão Cpl. Manoel de Souza Neto



VII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V1	V2	
Dirigir S. CNH (Art. 162, I CTB)	☐	☐	Deixar de prestar inform. S. (Art. 176, V, CTB)
Conduzir veic. s. doc. Port. obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐	Desob. Ordens do Agente Trans. (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s. doc. Porte obrig. (Art. 232 CTB)	☐	☐	Conduzir veic. c/ Isere violado (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	☐	☐	Conduzir veic. s. placa (Art. 230, IV CTB)
Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230, VI CTB)
Deixar de adotar prov. Evitar perigo nans. (Art. 176, CTB)	☐	☐	Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII CTB)
Deixar de preservar local de acil. (Art. 176, III CTB)	☐	☐	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veic. Qdo Detenid. (Art. 176, IV CTB)	☐	☐	Outras: _____

VIII - CROQUI

Veículo Retido no Local

XIV - SIMBOLOGIA

☒ Automóvel e outro veículos de 4 rodas	☒ Incêndio
☒ Ônibus, Caminhão e 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

7c W 3512

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01
- FARÓIS LIGADOS
- ESPelhos RETRÁVEIS DE AMBOS OS LADOS
- BARRAS DE PROTEÇÃO
- ELÉTRICO EM FUSÃO
- TANQUE AMASSADO
- MOTOR FUZADO
- JANTE DIANTEIRA AMASSADA
- PNEU DIANTEIRO ESTOURADO

VEÍCULO - 02

[Handwritten signature]

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:

ER

106522-0

SANTOS, Nuno

ASS:

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
suco 22.109*

[Assinatura]

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 RODOMIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES (SSTA)
ANEXO AO BAT. Nº 18671 2019
OUTRAS INFORMACÓES NECESSÁRIAS

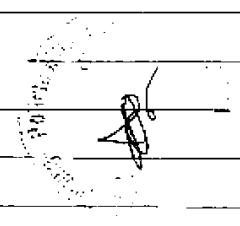


NO CHEGAR NO LOCAL, FOI CONSTATADO UMA MOTOCICLETA DE CHUVA
E O CONDUTOR DA MESMA SENDO SEQUESTRADO POR UMA UNIDADE DE MOVEL
DO SAMU cujo os ocupantes Responsáveis está Alencade Neste B.
SEGUNDA INFORMACÓES DA SRA RUTE PAULA SILVA RG: 27.612.657-
FORNADO INFORMOU A MESMA QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUTIDA PELO
CONDUTOR E VITIMA SRA MARIA DA SILVA NUNES E VEIO O POLICIA EM
UM VEICULO SEM PLACA DE MARCA VW MODELO KOMBI PLACA TET
K117470 cujo o condutor da mesma EVADIU-SE DO LOCAL SEM
DEIXAR SEQUENCIA DE TELA.

INFORMOU QUE ESTAS INFORMACÓES PASSADAS A ESTE AGENTE PELA
SRA RUTE SÃO DE INTERESSE RESPOSTA DA MESMA INFORMOU
TAMBEM QUE ELA SE APLICA GERAL DO VITIMADO.

A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE E FICOU SOB O INTERESSE RESPOSTA
DA SRA SRA MARIA DA SILVA NUNES DE ALUGO RG: 5557000
QUE SE DEPLAÇA URMIAO DA VITIMA E CADA TAL INFORMACÓES
ERAM DE PAZIENTES FOI CONFIRMADO PELA SRA RUTE PAULA

ASS. TRO. DE AGUARDANTE BASEADO NA INFORMACÓES RECEBIDA
ATIVADO DO DESEMENTO DA SRA RUTE.



Recebido da Motocicleta

NOME - M. M. M.

RG: 5554000

ASSINATURA - N. CARVALHO da Silva 985680888

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DAS INFORMACÓES

POSTO/GRAD	MATRÍCULA	NOME
		ASSINATURA





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

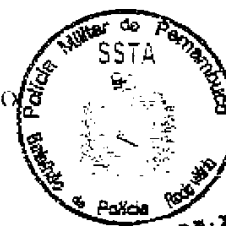
Nº / ANO
L-867/19



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

I - LOCAL E DATA

() MANEJO () X () SEMANAL



SE - 01 - 2019
MUNICÍPIO - 10000-4
MUNICÍPIO DE POLÍCIA MILITAR

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	Poste Arvore	Topolamento
Animal	Transversal	Minha Casa	Saída da pista
	Traseira	Veículo Parado	Curvas

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	X	MORTOS	FERIDOS	
Nº VÍCI. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE	02	IDENT	02	NAO IDENT	01
				TOTAL	02

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTÂNCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDICOES VIA	CONDICOES TEMPO	PERÍODO DIA	SEMAFORO
Largo da Via	X	Seca	Manhã	S Defeito
Cruzamento	N	Molhada	Tarde	C Defeito
Outros		Enlameada	Noite	Desnigado
		Alagada	Madrugada	N Enxer

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial	Placa "Pura"	MAO DE DIRECAO	DIVISÃO DA VIA
P. Pedestre	Placa "De a. Pref"	Unica	Faixa Contínua
P. Rotatório	Não há Placas	X	Canal Central
		Dupla	Blocos
			Canais

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOOLICA - VI V2	COMPORTAMENTO - VI V2
Realização Local	Permaneceu no local
Nº. Ponto Exame	Socorrido
Nº. do Realizado	VI
	V2

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário	Tomou Conhecimento
Natureza dos Danos	



VIII - VEÍCULOS

QUANTIDADE TRACÇÃO - VI V2	ESPECIE - VI V2	CATEGORIA - VI V2
Automotor	Passageiro	Oficial
De Propulsão Humana	Carga	Particular
De tração animal	Misto	Mingau

IV - IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES

VEICULO - 01

Marca	HONDA	Modelo	CG 150 ELIAN	Ano	14/15	Renovar	1638480553	Pula	PEW 3892
Município	ABREU LIMA	Nº do Chassis	902NC1660FR024867						
Cargado		Aprendido				Liberado	X		
Proprietário	MILNA KEZIA FERREIRA DE SOUZA								
Residência						Barrio			
Município	ABREU LIMA	Rg				Org. Exp.	PT		070.795.304-90
Residência	MARCIO DA SILVA NUNES								
Residência	RUA CANTOR ALTEMIAR DUTRA Nº 15								
Município	PAULISTA	Rg	216452045			Org. Exp.	SECC		JAGUARANA
CPF	06048789598	Categoria	AB			Validade	08/02/2022	Hora Dir	10 MIN

VEICULO - 02

Marca		Modelo		Ano		Renovar		Pula	
Município		Nº do Chassis							
Cargado		Aprendido				Liberado			
Proprietário									
Residência						Barrio			
Município		Rg				Org. Exp.	CPF		
Residência									
Município		Rg				Org. Exp.	CPF		
CPF		Categoria				Validade		Hora Dir	

TESTEMUNHA - 01

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Barrio					
Município		Rg				Org. Exp.	CPF

TESTEMUNHA - 02

Nome		Idade		Sexo		Profissão	
Residência		Barrio					
Município		Rg				Org. Exp.	CPF

VITIMA - 01

Nome	MARCIO DA SILVA NUNES	Natureza dos Ferimentos	Leve			Graves	X	Mortais	
Estado Civil	CASADO	Idade	38	Sexo	MASC	Passageiro		Pedestre	
Profissão	PEDREIRO	Residência	RUA CANTOR ALTEMIAR DUTRA Nº 15			Nacionalidade		Naturalidade	
Município	PAULISTA	CPF	PE 216452045			Org. Exp.	SECC	CPF	037.463.224-30
Sociedade		UF	PE			Município			IGARASSU
Endereço	SAMUEL (CONDUTOR DA UMSAMU B3 - PAULISTA)								
Residência						Barrio			
Município	PAULISTA	UF	PE	Rg	MA114272	Org. Exp.		CPF	

VITIMA - 02

Nome		Natureza dos Ferimentos	Leve			Graves		Mortais	
Estado Civil		Idade		Sexo		Passageiro		Pedestre	
Profissão		Residência				Nacionalidade		Naturalidade	
Município		UF	Rg			Org. Exp.		CPF	
Sociedade						Município			
Endereço						Barrio			
Residência									
Município		UF	Rg			Org. Exp.		CPF	



D. P. - 03/02/2020 11:02:05
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
PREFEITO DE POLÍCIA



III - INFRAÇÕES COMETIDAS

V1	V2	V1	V2
Deixar o CNH no local (Art. 162 I CTB)		Deixar de Prestar Informações (Art. 170 V CTB)	
Conduzir Veículo (Art. 230 IV CTB)		Desob. Ordem de Agentes (Art. 195 CTB)	
Conduzir Veículo, Port. Obrig. (Art. 230 I CTB)		Conduzir Veículo, Lacre Violado (Art. 230 I CTB)	
Conduzir Veículo, Alter. (Art. 230 IV CTB)		Conduzir Veículo, Placa (Art. 230 IV CTB)	
Deixar de Prestar Socorro (Art. 170 I CTB)		Conduzir Veículo, Habilitação (Art. 162 VI CTB)	
Deixar de Prestar Socorro (Art. 170 I CTB)		Conduzir Veículo, Alter. de Função (Art. 230 VII CTB)	
Deixar de Prestar Socorro (Art. 170 I CTB)		Conduzir Veículo, Defeito Equip. Obrig. (Art. 230 IX CTB)	
Deixar de Prestar Socorro (Art. 170 I CTB)			

XV - AVARIAS APARENTES

11/08/2019 - 01

VENÚLO - 02

EM ANEXO

EM ANEXO

XVI - DADOS NECESSÁRIOS

Polícia de Registro	Polícia Militar	Particular	Não Registrado
Comerciante e Delegacia de			
Nome do Locustador da Ocorrência			
V1 - Responsável pelo DAI	Posto/Grad.	CB PM	Matrícula
V2 - Titular da SSTA	SD JOSEFA		106522-0
			Nome
			SOBRINHO
			Nome PM Wellington

CONFERE COM O ORIGINAL QUE ME FOI APRESENTADO

DATA: 13/08/19

ASS: Josefa



SD PM JOSEFA ZILDA DE SOUSA SOBRINHO
POLÍCIA - 1002-6
REGISTRO DE POLÍCIA - 1002-6



IV_ SIMBOLOGIA

Autocarro e outros Veículos de 4 Rodas		Incendio	
Ônibus, Camionetas ou Taxis -		Marcha à frente -	
Trem		Marcha à Ré	
Veículo de 2 ou 3 Rodas		Detapagem -	
Pedestre		Capotamento ou Tombamento -	
Animal -		Local da colisão -	
Objeto Sólido		Depois da Colisão -	

XIII_ CROQUI

EM ANEXO





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM
PMPE - DGO - CPE - BPRv
Batalhão Cpl. Manoel de Souza Neto



VII - INFRAÇÕES COMETIDAS

☐ Dirigir S. CNH (Art. 162, I, CTB)	☐ v1	☐ Deixar de prestar inform. S. (Art. 176, v, CTB)
☐ Conduzir veic. s. doc. Port. obrig. (Art. 232, CTB)	☐ v2	☐ Desob. Ordens do Agente Trans. (Art. 195, CTB)
☐ Conduzir veic. s. doc. Porte obrig. (Art. 232, CTB)	☐	☐ Conduzir veic. c/ Isere violado (Art. 230, I, CTB)
☐ Dirigir sob influência álcool. (Art. 165, CTB)	☐	☐ Conduzir veic. s. placa (Art. 230, IV, CTB)
☐ Deixar de prestar socorro a vítima (Art. 176, CTB)	☐	☐ Conduzir veic. c/ placa ileg. (Art. 230, VI, CTB)
☐ Deixar de adotar prov. Evitar perigo nans. (Art. 176, CTB)	☐	☐ Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII, CTB)
☐ Deixar de preservar local de acil. (Art. 176, III, CTB)	☐	☐ Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
☐ Deixar de remover veic. Qdo Deferido (Art. 176, IV, CTB)	☐	☐ Outras: _____

VIII - CROQUI

Veículo Retido no Local

XIV - SIMBOLOGIA

☒ Automóvel e outro veículos de 4 rodas	☒ Incêndio
☒ Ônibus, Caminhão e 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

7c W 3512

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01
- FARÓIS LIGADOS
- ESPELHOS RETRÁIS DE AMBOS OS LADOS
- BOMBA D'ÁGUA
- ELÉTRICO EM FUSÃO
- TANQUE AMASSADO
- MOTOR FUSADO
- JANTE DIANTEIRO AMASSADO
- PNEU DIANTEIRO ESTOURADO

VEÍCULO - 02

[Handwritten signature]

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:
	PR	106522-0	ASS: <i>[Handwritten signature]</i>

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
suco 22.109*

[Assinatura]

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 RODOMIÁRIA
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES (SSA)
ANEXO AO BAT. Nº 18671 2019



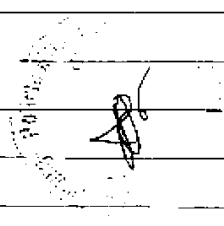
OUTRAS INFORMACÖES NECESSÁRIAS

NO CHEGAR NO LOCAL FOI CONSTATADO UMA MOTOCICLETA DE COR
E O CONDUTOR DA MESMA SENDO IDENTIFICADO POR UMA UNIDADE DE MOVEL
DO SAMU cujo os ocupantes Responsáveis esta Alameda Neste B.
SEGUNDA INFORMACOES DA SRA RUTE PAULA SILVA RG: 27.612.657-
FORAM INFORMAR A MESMA QUE A MOTOCICLETA ERA CONDUZIDA PELA
CONDUTOR E VITIMA SRA MARIA DA SILVA NUNES E VEIO A COLIDIR EM
UM VEICULO DO TIPO DE MARCA VW MODELO KOMBI PLACA TET
K117470 cujo o condutor da mesma EVADIU-SE DO LOCAL SEM
DEIXAR NENHUMA RASTRA.

INFORMAR QUE ESTAS INFORMACOES PASSADAS A ESTE AGENTE PELA
SRA RUTE SÃO DE INTERESSE RESPOSTAR DA MESMA INFORMAR
TAMBEM QUE ELA SE APLICA GERAL DO VITIMADO.

A MOTOCICLETA FOI ENTREGUE E FICOU SOB O INTERESSE RESPOSTAR
DA SRA SRA MARIA DA SILVA NUNES DE ALUGO RG: 5557000
QUE SE DEPLAÇA URMIAO DA VITIMA E COMO TAL INFORMACÖE
ERAM DE PAZIENTES FOI CONFIRMADO PELA SRA RUTE PAULA

ASS. T. DE AGENTE BASEADO NA INFORMACÖE RECEBIDA
ATIVADO DO DESEMENTO DA SRA RUTE.



Recebido da Motocicleta

NOME - M. M. M.

RG: 5554000

ASSINATURA - N. CARVALHO da Silva 985680888

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DAS INFORMACOES

POSTO/GRAD	MATRÍCULA	NOME
		ASSINATURA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AGE:

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:

MARCIO DA SILVA NUNES

CPF:

037.463.224-30

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

rua carlon auteman Dutra

Número:

14

Complemento:

A

Bairro:

Jaguariuna

Cidade:

Pauлиста

Estado:

PE

CEP:

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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

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, o somatório do crédito e a 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 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.

Fecho motivo assinado, 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 não submeter a 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 contestar a responsabilidade do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data:

Nome:

CPF:

Pauлиста, 30/09/2019

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 RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou AGE:

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:

MARCIO DA SILVA NUNES

CPF:

037.463.224-30

Profissão:

Pedreiro

Endereço:

rua carlon auteman Dutra

Número:

14

Complemento:

A

Bairro:

Jaguariuna

Cidade:

Pauлиста

Estado:

PE

CEP:

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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

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, o somatório do crédito e a 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 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.

Fecho motivo assinado, 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 não submeter a 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 contestar a responsabilidade do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Assinatura da vítima/beneficiário (decorrente)

Local e Data:

Pauлиста, 30/09/2019

Nome:

CPF:

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 RÓGEO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962





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

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



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

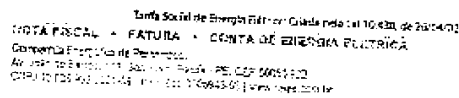
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000034998-9

Nr. da Autenticação 70B81A88D5CBB7BB





POLYMER LETTERS

INTERESSI DA UNIFICARE CON LA NOSTRA

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D.C.

7032590580 09/2019

7-00000000	DATE	TIME

DATA DE EMISSÃO: 11/08/2019 DATA DE VALIDADE: 07/10/2019

APPROVED FOR RELEASE	NO FOREIGN DISSEM	ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED	DATE 11-11-80 BY 1043	DATE 11-11-80 BY 1043

185 54

MESENTERIC SA VEGG. PIST.

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	BANK	REMARKS
10/1/50	1000.00	1000.00			
10/2/50	1000.00	1000.00			
10/3/50	1000.00	1000.00			
10/4/50	1000.00	1000.00			
10/5/50	1000.00	1000.00			
10/6/50	1000.00	1000.00			
10/7/50	1000.00	1000.00			
10/8/50	1000.00	1000.00			
10/9/50	1000.00	1000.00			
10/10/50	1000.00	1000.00			
10/11/50	1000.00	1000.00			
10/12/50	1000.00	1000.00			
10/13/50	1000.00	1000.00			
10/14/50	1000.00	1000.00			
10/15/50	1000.00	1000.00			
10/16/50	1000.00	1000.00			
10/17/50	1000.00	1000.00			
10/18/50	1000.00	1000.00			
10/19/50	1000.00	1000.00			
10/20/50	1000.00	1000.00			
10/21/50	1000.00	1000.00			
10/22/50	1000.00	1000.00			
10/23/50	1000.00	1000.00			
10/24/50	1000.00	1000.00			
10/25/50	1000.00	1000.00			
10/26/50	1000.00	1000.00			
10/27/50	1000.00	1000.00			
10/28/50	1000.00	1000.00			
10/29/50	1000.00	1000.00			
10/30/50	1000.00	1000.00			
10/31/50	1000.00	1000.00			
11/1/50	1000.00	1000.00			
11/2/50	1000.00	1000.00			
11/3/50	1000.00	1000.00			
11/4/50	1000.00	1000.00			
11/5/50	1000.00	1000.00			
11/6/50	1000.00	1000.00			
11/7/50	1000.00	1000.00			
11/8/50	1000.00	1000.00			
11/9/50	1000.00	1000.00			
11/10/50	1000.00	1000.00			
11/11/50	1000.00	1000.00			
11/12/50	1000.00	1000.00			
11/13/50	1000.00	1000.00			
11/14/50	1000.00	1000.00			
11/15/50	1000.00	1000.00			
11/16/50	1000.00	1000.00			
11/17/50	1000.00	1000.00			
11/18/50	1000.00	1000.00			
11/19/50	1000.00	1000.00			
11/20/50	1000.00	1000.00			
11/21/50	1000.00	1000.00			
11/22/50	1000.00	1000.00			
11/23/50	1000.00	1000.00			
11/24/50	1000.00	1000.00			
11/25/50	1000.00	1000.00			
11/26/50	1000.00	1000.00			
11/27/50	1000.00	1000.00			
11/28/50	1000.00	1000.00			
11/29/50	1000.00	1000.00			
11/30/50	1000.00	1000.00			
12/1/50	1000.00	1000.00			
12/2/50	1000.00	1000.00			
12/3/50	1000.00	1000.00			
12/4/50	1000.00	1000.00			
12/5/50	1000.00	1000.00			
12/6/50	1000.00	1000.00			
12/7/50	1000.00	1000.00			
12/8/50	1000.00	1000.00			
12/9/50	1000.00	1000.00			
12/10/50	1000.00	1000.00			
12/11/50	1000.00	1000.00			
12/12/50	1000.00	1000.00			
12/13/50	1000.00	1000.00			
12/14/50	1000.00	1000.00			
12/15/50	1000.00	1000.00			
12/16/50	1000.00	1000.00			
12/17/50	1000.00	1000.00			
12/18/50	1000.00	1000.00			
12/19/50	1000.00	1000.00			
12/20/50	1000.00	1000.00			
12/21/50	1000.00	1000.00			
12/22/50	1000.00	1000.00			
12/23/50	1000.00	1000.00			
12/24/50	1000.00	1000.00			
12/25/50	1000.00	1000.00			
12/26/50	1000.00	1000.00			
12/27/50	1000.00	1000.00			
12/28/50	1000.00	1000.00			
12/29/50	1000.00	1000.00			
12/30/50	1000.00	1000.00			
12/31/50	1000.00	1000.00			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

[illegible][illegible]

14F04; 26A05; 26A10; 26A15; 26A24; 26A26; 26A30; 26A33; 26A38; 26A40; 26A42; 26A44; 26A46; 26A48; 26A50; 26A52; 26A54; 26A56; 26A58; 26A60; 26A62; 26A64; 26A66; 26A68; 26A70; 26A72; 26A74; 26A76; 26A78; 26A80; 26A82; 26A84; 26A86; 26A88; 26A90; 26A92; 26A94; 26A96; 26A98; 26B01; 26B03; 26B05; 26B07; 26B09; 26B11; 26B13; 26B15; 26B17; 26B19; 26B21; 26B23; 26B25; 26B27; 26B29; 26B31; 26B33; 26B35; 26B37; 26B39; 26B41; 26B43; 26B45; 26B47; 26B49; 26B51; 26B53; 26B55; 26B57; 26B59; 26B61; 26B63; 26B65; 26B67; 26B69; 26B71; 26B73; 26B75; 26B77; 26B79; 26B81; 26B83; 26B85; 26B87; 26B89; 26B91; 26B93; 26B95; 26B97; 26B99; 26C01; 26C03; 26C05; 26C07; 26C09; 26C11; 26C13; 26C15; 26C17; 26C19; 26C21; 26C23; 26C25; 26C27; 26C29; 26C31; 26C33; 26C35; 26C37; 26C39; 26C41; 26C43; 26C45; 26C47; 26C49; 26C51; 26C53; 26C55; 26C57; 26C59; 26C61; 26C63; 26C65; 26C67; 26C69; 26C71; 26C73; 26C75; 26C77; 26C79; 26C81; 26C83; 26C85; 26C87; 26C89; 26C91; 26C93; 26C95; 26C97; 26C99; 26D01; 26D03; 26D05; 26D07; 26D09; 26D11; 26D13; 26D15; 26D17; 26D19; 26D21; 26D23; 26D25; 26D27; 26D29; 26D31; 26D33; 26D35; 26D37; 26D39; 26D41; 26D43; 26D45; 26D47; 26D49; 26D51; 26D53; 26D55; 26D57; 26D59; 26D61; 26D63; 26D65; 26D67; 26D69; 26D71; 26D73; 26D75; 26D77; 26D79; 26D81; 26D83; 26D85; 26D87; 26D89; 26D91; 26D93; 26D95; 26D97; 26D99; 26E01; 26E03; 26E05; 26E07; 26E09; 26E11; 26E13; 26E15; 26E17; 26E19; 26E21; 26E23; 26E25; 26E27; 26E29; 26E31; 26E33; 26E35; 26E37; 26E39; 26E41; 26E43; 26E45; 26E47; 26E49; 26E51; 26E53; 26E55; 26E57; 26E59; 26E61; 26E63; 26E65; 26E67; 26E69; 26E71; 26E73; 26E75; 26E77; 26E79; 26E81; 26E83; 26E85; 26E87; 26E89; 26E91; 26E93; 26E95; 26E97; 26E99; 26F01; 26F03; 26F05; 26F07; 26F09; 26F11; 26F13; 26F15; 26F17; 26F19; 26F21; 26F23; 26F25; 26F27; 26F29; 26F31; 26F33; 26F35; 26F37; 26F39; 26F41; 26F43; 26F45; 26F47; 26F49; 26F51; 26F53; 26F55; 26F57; 26F59; 26F61; 26F63; 26F65; 26F67; 26F69; 26F71; 26F73; 26F75; 26F77; 26F79; 26F81; 26F83; 26F85; 26F87; 26F89; 26F91; 26F93; 26F95; 26F97; 26F99; 26G01; 26G03; 26G05; 26G07; 26G09; 26G11; 26G13; 26G15; 26G17; 26G19; 26G21; 26G23; 26G25; 26G27; 26G29; 26G31; 26G33; 26G35; 26G37; 26G39; 26G41; 26G43; 26G45; 26G47; 26G49; 26G51; 26G53; 26G55; 26G57; 26G59; 26G61; 26G63; 26G65; 26G67; 26G69; 26G71; 26G73; 26G75; 26G77; 26G79; 26G81; 26G83; 26G85; 26G87; 26G89; 26G91; 26G93; 26G95; 26G97; 26G99; 26H01; 26H03; 26H05; 26H07; 26H09; 26H11; 26H13; 26H15; 26H17; 26H19; 26H21; 26H23; 26H25; 26H27; 26H29; 26H31; 26H33; 26H35; 26H37; 26H39; 26H41; 26H43; 26H45; 26H47; 26H49; 26H51; 26H53; 26H55; 26H57; 26H59; 26H61; 26H63; 26H65; 26H67; 26H69; 26H71; 26H73; 26H75; 26H77; 26H79; 26H81; 26H83; 26H85; 26H87; 26H89; 26H91; 26H93; 26H95; 26H97; 26H99; 26I01; 26I03; 26I05; 26I07; 26I09; 26I11; 26I13; 26I15; 26I17; 26I19; 26I21; 26I23; 26I25; 26I27; 26I29; 26I31; 26I33; 26I35; 26I37; 26I39; 26I41; 26I43; 26I45; 26I47; 26I49; 26I51; 26I53; 26I55; 26I57; 26I59; 26I61; 26I63; 26I65; 26I67; 26I69; 26I71; 26I73; 26I75; 26I77; 26I79; 26I81; 26I83; 26I85; 26I87; 26I89; 26I91; 26I93; 26I95; 26I97; 26I99; 26J01; 26J03; 26J05; 26J07; 26J09; 26J11; 26J13; 26J15; 26J17; 26J19; 26J21; 26J23; 26J25; 26J27; 26J29; 26J31; 26J33; 26J35; 26J37; 26J39; 26J41; 26J43; 26J45; 26J47; 26J49; 26J51; 26J53; 26J55; 26J57; 26J59; 26J61; 26J63; 26J65; 26J67; 26J69; 26J71; 26J73; 26J75; 26J77; 26J79; 26J81; 26J83; 26J85; 26J87; 26J89; 26J91; 26J93; 26J95; 26J97; 26J99; 26K01; 26K03; 26K05; 26K07; 26K09; 26K11; 26K13; 26K15; 26K17; 26K19; 26K21; 26K23; 26K25; 26K27; 26K29; 26K31; 26K33; 26K35; 26K37; 26K39; 26K41; 26K43; 26K45; 26K47; 26K49; 26K51; 26K53; 26K55; 26K57; 26K59; 26K61; 26K63; 26K65; 26K67; 26K69; 26K71; 26K73; 26K75; 26K77; 26K79; 26K81; 26K83; 26K85; 26K87; 26K89; 26K91; 26K93; 26K95; 26K97; 26K99; 26L01; 26L03; 26L05; 26L07; 26L09; 26L11; 26L13; 26L15; 26L17; 26L19; 26L21; 26L23; 26L25; 26L27; 26L29; 26L31; 26L33; 26L35; 26L37; 26L39; 26L41; 26L43; 26L45; 26L47; 26L49; 26L51; 26L53; 26L55; 26L57; 26L59; 26L61; 26L63; 26L65; 26L67; 26L69; 26L71; 26L73; 26L75; 26L77; 26L79; 26L81; 26L83; 26L85; 26L87; 26L89; 26L91;

[illegible]

ATENÇÃO: A CLFE INFORMAR QUE VOCÊ POSSUA CONTAS EM ABERTO

[illegible][illegible]

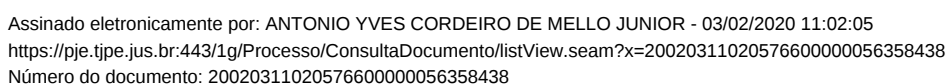
1. The Commission has received information from the Government of the Republic of the Philippines that the Government is planning to conduct a series of military operations in the area of the Philippine Sea, which is a part of the Philippine Sea. The Commission is concerned that these operations may result in the displacement of a large number of people, and it is therefore requesting the Government to provide information on the number of people who are expected to be displaced, and on the measures that are being taken to ensure that they are adequately protected and provided with the necessary assistance.

HURRICANE & TROPICAL WEATHER CENTER

EMP.	CONCEPÇÃO	VALOR APLICADO	LIMITE FISCAL	LIMITE TRIBUTÁRIO	LIMITE SOCIAL	VALOR EM TENDÃO	
						TENDÃO NORMAL (N)	EMENDAS (E)
EMP.							
VAL.							
TEND.							

CONFIDENTIAL

CONTRA CONTRATO 11/09/2019 TOTAL A PAGAR (C\$) 186.54



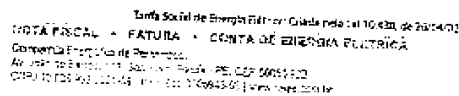


TABLE 10. Continued

INTERESSI DI UNITÀ CONSERVATORIA

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
BUREAU OF PLANT INDUSTRY
WASHINGTON, D.C.

7032590580 09/2019

7-00000000	1968	1968-80
------------	------	---------

DATA DE EMISSÃO 11/09/2019 DATA DE VALIDADE 07/10/2019

APPROVED FOR RELEASE	NO FOREIGN DISSEM	ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED	DATE 11-11-80 BY 1042	DATE 11-11-80 BY 1042

185 54

MEMORANDUM FOR THE RECORD

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO EDITAÇÃO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CÓPIAS	CONSTANTE	AJUSTE	COMPR. SIG. (MM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
10000000		10/01/2000	10000000	10/01/2000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000

GENERAL INFORMATION		GENERAL INFORMATION		GENERAL INFORMATION	
DATE	TIME	NAME	AGE	SEX	STATUS
1970-01-01	10:00	John Doe	25	M	Single
1970-01-01	10:00	Jane Doe	22	F	Single
1970-01-01	10:00	Bob Doe	30	M	Married
1970-01-01	10:00	Alice Doe	28	F	Married
1970-01-01	10:00	Charlie Doe	35	M	Married
1970-01-01	10:00	Diana Doe	32	F	Married
1970-01-01	10:00	Frank Doe	40	M	Married
1970-01-01	10:00	Grace Doe	38	F	Married
1970-01-01	10:00	Henry Doe	45	M	Married
1970-01-01	10:00	Ivy Doe	42	F	Married
1970-01-01	10:00	Jack Doe	50	M	Married
1970-01-01	10:00	Karen Doe	48	F	Married
1970-01-01	10:00	Leo Doe	55	M	Married
1970-01-01	10:00	Mia Doe	52	F	Married
1970-01-01	10:00	Noah Doe	60	M	Married
1970-01-01	10:00	Olivia Doe	58	F	Married
1970-01-01	10:00	Peter Doe	65	M	Married
1970-01-01	10:00	Quinn Doe	62	F	Married
1970-01-01	10:00	Rachel Doe	70	F	Married
1970-01-01	10:00	Samuel Doe	68	M	Married
1970-01-01	10:00	Tina Doe	75	F	Married
1970-01-01	10:00	Victor Doe	72	M	Married
1970-01-01	10:00	Wendy Doe	80	F	Married
1970-01-01	10:00	Xavier Doe	78	M	Married
1970-01-01	10:00	Yvonne Doe	85	F	Married
1970-01-01	10:00	Zoe Doe	82	F	Married

THE ADVANCED NEWS SERVICE
10000 15th St., Suite 100, San Diego, CA 92131

14F04; 26A05; 26A10; 26A15; 26A24; 26A30; 26A33; 26A38; 26A40; 26A45; 26A50; 26A52; 26A54; 26A55; 26A56; 26A57; 26A58; 26A59; 26A60; 26A61; 26A62; 26A63; 26A64; 26A65; 26A66; 26A67; 26A68; 26A69; 26A70; 26A71; 26A72; 26A73; 26A74; 26A75; 26A76; 26A77; 26A78; 26A79; 26A80; 26A81; 26A82; 26A83; 26A84; 26A85; 26A86; 26A87; 26A88; 26A89; 26A90; 26A91; 26A92; 26A93; 26A94; 26A95; 26A96; 26A97; 26A98; 26A99; 26B00; 26B01; 26B02; 26B03; 26B04; 26B05; 26B06; 26B07; 26B08; 26B09; 26B10; 26B11; 26B12; 26B13; 26B14; 26B15; 26B16; 26B17; 26B18; 26B19; 26B20; 26B21; 26B22; 26B23; 26B24; 26B25; 26B26; 26B27; 26B28; 26B29; 26B30; 26B31; 26B32; 26B33; 26B34; 26B35; 26B36; 26B37; 26B38; 26B39; 26B40; 26B41; 26B42; 26B43; 26B44; 26B45; 26B46; 26B47; 26B48; 26B49; 26B50; 26B51; 26B52; 26B53; 26B54; 26B55; 26B56; 26B57; 26B58; 26B59; 26B60; 26B61; 26B62; 26B63; 26B64; 26B65; 26B66; 26B67; 26B68; 26B69; 26B70; 26B71; 26B72; 26B73; 26B74; 26B75; 26B76; 26B77; 26B78; 26B79; 26B80; 26B81; 26B82; 26B83; 26B84; 26B85; 26B86; 26B87; 26B88; 26B89; 26B90; 26B91; 26B92; 26B93; 26B94; 26B95; 26B96; 26B97; 26B98; 26B99; 26C00; 26C01; 26C02; 26C03; 26C04; 26C05; 26C06; 26C07; 26C08; 26C09; 26C10; 26C11; 26C12; 26C13; 26C14; 26C15; 26C16; 26C17; 26C18; 26C19; 26C20; 26C21; 26C22; 26C23; 26C24; 26C25; 26C26; 26C27; 26C28; 26C29; 26C30; 26C31; 26C32; 26C33; 26C34; 26C35; 26C36; 26C37; 26C38; 26C39; 26C40; 26C41; 26C42; 26C43; 26C44; 26C45; 26C46; 26C47; 26C48; 26C49; 26C50; 26C51; 26C52; 26C53; 26C54; 26C55; 26C56; 26C57; 26C58; 26C59; 26C60; 26C61; 26C62; 26C63; 26C64; 26C65; 26C66; 26C67; 26C68; 26C69; 26C70; 26C71; 26C72; 26C73; 26C74; 26C75; 26C76; 26C77; 26C78; 26C79; 26C80; 26C81; 26C82; 26C83; 26C84; 26C85; 26C86; 26C87; 26C88; 26C89; 26C90; 26C91; 26C92; 26C93; 26C94; 26C95; 26C96; 26C97; 26C98; 26C99; 26D00; 26D01; 26D02; 26D03; 26D04; 26D05; 26D06; 26D07; 26D08; 26D09; 26D10; 26D11; 26D12; 26D13; 26D14; 26D15; 26D16; 26D17; 26D18; 26D19; 26D20; 26D21; 26D22; 26D23; 26D24; 26D25; 26D26; 26D27; 26D28; 26D29; 26D30; 26D31; 26D32; 26D33; 26D34; 26D35; 26D36; 26D37; 26D38; 26D39; 26D40; 26D41; 26D42; 26D43; 26D44; 26D45; 26D46; 26D47; 26D48; 26D49; 26D50; 26D51; 26D52; 26D53; 26D54; 26D55; 26D56; 26D57; 26D58; 26D59; 26D60; 26D61; 26D62; 26D63; 26D64; 26D65; 26D66; 26D67; 26D68; 26D69; 26D70; 26D71; 26D72; 26D73; 26D74; 26D75; 26D76; 26D77; 26D78; 26D79; 26D80; 26D81; 26D82; 26D83; 26D84; 26D85; 26D86; 26D87; 26D88; 26D89; 26D90; 26D91; 26D92; 26D93; 26D94; 26D95; 26D96; 26D97; 26D98; 26D99; 26E00; 26E01; 26E02; 26E03; 26E04; 26E05; 26E06; 26E07; 26E08; 26E09; 26E10; 26E11; 26E12; 26E13; 26E14; 26E15; 26E16; 26E17; 26E18; 26E19; 26E20; 26E21; 26E22; 26E23; 26E24; 26E25; 26E26; 26E27; 26E28; 26E29; 26E30; 26E31; 26E32; 26E33; 26E34; 26E35; 26E36; 26E37; 26E38; 26E39; 26E40; 26E41; 26E42; 26E43; 26E44; 26E45; 26E46; 26E47; 26E48; 26E49; 26E50; 26E51; 26E52; 26E53; 26E54; 26E55; 26E56; 26E57; 26E58; 26E59; 26E60; 26E61; 26E62; 26E63; 26E64; 26E65; 26E66; 26E67; 26E68; 26E69; 26E70; 26E71; 26E72; 26E73; 26E74; 26E75; 26E76; 26E77; 26E78; 26E79; 26E80; 26E81; 26E82; 26E83; 26E84; 26E85; 26E86; 26E87; 26E88; 26E89; 26E90; 26E91; 26E92; 26E93; 26E94; 26E95; 26E96; 26E97; 26E98; 26E99; 26F00; 26F01; 26F02; 26F03; 26F04; 26F05; 26F06; 26F07; 26F08; 26F09; 26F10; 26F11; 26F12; 26F13; 26F14; 26F15; 26F16; 26F17; 26F18; 26F19; 26F20; 26F21; 26F22; 26F23; 26F24; 26F25; 26F26; 26F27; 26F28; 26F29; 26F30; 26F31; 26F32; 26F33; 26F34; 26F35; 26F36; 26F37; 26F38; 26F39; 26F40; 26F41; 26F42; 26F43; 26F44; 26F45; 26F46; 26F47; 26F48; 26F49; 26F50; 26F51; 26F52; 26F53; 26F54; 26F55; 26F56; 26F57; 26F58; 26F59; 26F60; 26F61; 26F62; 26F63; 26F64; 26F65; 26F66; 26F67; 26F68; 26F69; 26F70; 26F71; 26F72; 26F73; 26F74; 26F75; 26F76; 26F77; 26F78; 26F79; 26F80; 26F81; 26F82; 26F83; 26F84; 26F85; 26F86; 26F87; 26F88; 26F89; 26F90; 26F91; 26F92; 26F93; 26F94; 26F95; 26F96; 26F97; 26F98; 26F99; 26G00; 26G01; 26G02; 26G03; 26G04; 26G05; 26G06; 26G07; 26G08; 26G09; 26G10; 26G11; 26G12; 26G13; 26G14; 26G15; 26G16; 26G17; 26G18; 26G19; 26G20; 26G21; 26G22; 26G23; 26G24; 26G25; 26G26;

INFORMACOES IMPORTANTES

ATENÇÃO: CLIQUE EM OK PARA QUE VOCÊ POSSA CONTAR EM ABERTO

(Faint, illegible text)

1. The Commission has received information from the Government of the United Kingdom that the British Government has decided to withdraw its troops from the Falkland Islands. The Commission is concerned that this decision may have implications for the sovereignty of the Islands and the rights of the people of the Islands. The Commission is therefore requesting the British Government to provide information on the reasons for this decision and the implications for the sovereignty of the Islands and the rights of the people of the Islands.

RENTAS E SERVIÇOS DE TERCEIROS					VALORES ADICIONAIS	
CONTRATO	VALOR ADICIONAL	LIMITE FISCAL	LIMITE TRIBUTÁRIO	LIMITE ANUAL	TENÇÃO FISCAL (n)	LIMITE DE CANCELAMENTO (n)
1997	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
1998	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
1999	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

CONTRA CONTRATO 7/2019-03-01 MESSANO 10/26/19 DATE OF RECEIPT 11/09/2019 TOTAL & PAID (USD) 186.54





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredadedinheiro.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 51 59 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouditoria: 0800-821 51 55

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/WEB/INFORMES/DECLARACAOALAVAGEM/FORM-445/12>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro nas atividades seguradas, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter dados detalhados de identificação pessoal, informações acerca da profissão e do tipo de renda, além de uma declaração compulsória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PENAL À LAVAGEM DE DINHEIRO, CAPITALIZAÇÃO E RESCUMULADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS DE ARAÚJO

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

MANGIO DA SILVA NUNES inscrito (a) no CPF sob o nº 032.463.224,30

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

inscrito (a) no CPF sob o nº 032.463.224,30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

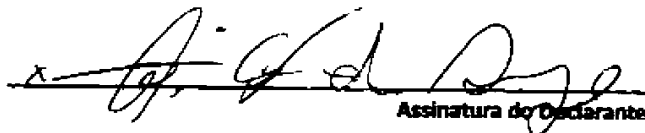
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Nenhum 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. Esta declaração 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>736</u>	Complemento:	<u>CDM</u>
Bairro:	<u>MANAUS-PE I</u>	Cidade:	<u>POURISTÁ</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>53441-180</u>
				TELEFONE:	<u>81.98325.9980</u>

Local e Data: POURISTÁ-PE; 30/09/2019


Assinatura do Declarante

10/09/2019 10:00:00



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguredadefinancas.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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022 51 59 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022 12 06 | Central Ouditoria: 0800-821 51 55

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/WEB/INFORMES/DECLARACAOALAVAGEM/FORM-445/12>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro nas atividades seguradas, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a manter cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter dados identificatórios de identificação pessoal, informações acerca da profissão e endereço de residência, além de uma declaração compulsória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E REGULAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVENÇÃO PENAL À LAVAGEM DE DINHEIRO, CAPITALIZAÇÃO E RESCUMULADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS DE ARAÚJO

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

MANGIO DA SILVA NUNES inscrito (a) no CPF sob o nº 037.463.224 / 30

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

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

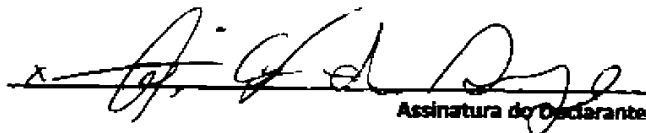
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Nenhum 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. Esta declaração 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>736</u>	Complemento:	<u>CDA</u>
Bairro:	<u>MANAUS-PE I</u>	Cidade:	<u>POURISTÁ</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CPF:	<u>53441-180</u>
				TELEFONE:	<u>81.98325.9980</u>

Local e Data: POURISTÁ-PE; 30/09/2019


Assinatura do Declarante

10/09/2019 10:00:00



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 CAN

ULO SERGIO

14

Bairro: JAGUARANA

Cidade/UF: PAULIST

PE

Cep: 53421820

Usuário Atendimento: DIEGODFS

RG (Identidade): 2

SRCC

Data de Emissão:

CNS: 898004859707763

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03748322430

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

Calção morto & corno, refere dor na costela (D), Joelho P e Mão (E). Não vômito ou desmaio.

EXAME FÍSICO:

Dor à mobilização do MTD.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx: 1º Fract. femur (D)
2º Fract. 4º MTP / lesão do 5º PDP.

PRESCRIÇÃO MÉDICA: (C) PDP

HORARIO:

CD: Aguardar exames
UPM
A ser re-avaliado

Diego A. Pedrucci
Ortopedia/Traumatologia
Cl. Quadril
RUA VERDE 1446

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

(X) 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: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA EM MACA + PRANCHA - COLAR CERVICAL - COXINS COM RELATO DE DOR EM MID APOS 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

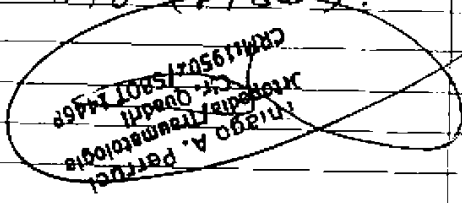
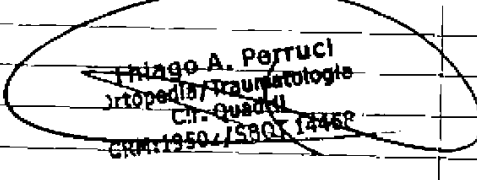


PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS
CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: Marcio S. [assinatura]

Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
	① DIETA LÍQUIDA				
	② JELCO HUMANO				
	③ DIPLOMOL Oral + AD (IV)				
	6/6h S/N 100mg (IV)				
	④ CETOPROFENO 100mg + 100mg				
	SE 9/9h (IV) 12/12h S/N		Oral		
	⑤ tramadol 100mg + 25mg				
	SE 9/9h (IV) 12/12h S/N		Oral		
	⑥ Phospho Oral + AD (IV)				
	8/8h S/N 100mg				
	⑦ AGUA PARA TRANSFERÊNCIA				
	⑧ SORO + KCEB				
	⑨ Captopril 25mg - Oral				
	⑩ de 8/8h (Fina)		Oral		
					
	Curativo:				
	① Cleare 40 mg (SC)				
	AS 06:00h				
	② Ceftriaxona 2g + AS (IV)				
			Oral		
					



Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Marcelo da S. Nunes Registro: _____ Data da avaliação: 25/09/16

	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

370 933
Enfermeiro (a)



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

Nome do paciente: FRASIO CARLOS NUNES Registro: _____ Data da avaliação: 25/04/2020

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe, nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou a sedação OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto exceto através de gemidos ou inquietação OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiente sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou expressar dor ou desconforto.
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o paciente é deslocado ou virado	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga eficaz de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Anda frequentemente: 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.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: 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 lactonícos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU Está em jejum ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: 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 lactonícos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactonícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactonícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desce frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante	2. Problema potencial: 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 desliza	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda ou 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: Supera 330 972





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 5734462

Nome do Paciente: Marcia da Silva Nunes IDENTIFICAÇÃO 11111111 Idade: 35

Sexo: M () F () Profissão: Polícia Fone: 912345678

Endereço Residencial: Rua 123 Bairro: Centro

Cidade: Recife

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: Carro
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada 1,5 Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo Arma Branca () Arma Branca/Tipo: Facão
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: Outros
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual: Acidente de Carro CAUSAS CLÍNICAS: Acidente de Carro

Hipótese Diagnóstica: 1. LAC. DIAPHRAGM. FEMUR 2. LAC. EXP. DO 2º MTD 3. LAC. MTD - FL 4. S. R. 5. R. 6. R.

Glicemia Capilar (HGT): 100 Temperatura: 36,5 F.C.: 70 P.A.: 120/80
Vias Aéreas: FR + Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N.: 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

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



Atendimento: 487765

Senha da Classificação: [REDACTED]

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 1h
apresentando inchaço e vermelhidão no local (1)

Exame Físico

Exame físico com lesões no pé direito
e no pé esquerdo (1) e (2)

Hipótese Diagnóstico

Ex. de lesão no pé (1)
Lesões cutâneas S: MTT

Prescrição Médica

(1) Ibandronato + Biscoito

(2) SRT IM 1 VA 1m

(3) GEBOLIN 2g - Olanoprost 0.1

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. João Cunha
CRM: 12346

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

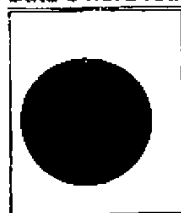


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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:

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+

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

RECEBIDO
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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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 AITEMAR DUTRA		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:** VERDE-01

Médico Internação: HYGINO JOSE PINTO MARINHO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
fone:	Cidade:	Estado civil:

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 transtrocantérica + diafisária de fêmur

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

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

REVISÃO

Dr. Indyson Oliveira Lach
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.720

Médico e CRM:

Paula 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 _____

Paula Paula 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	11 - Etnia
898004859707763	21/04/1960	☒ M ☐ F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
12 - Nome da Mãe	13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
MARINALDA DA SILVA NUNES	RUTH	8198311345		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA CANTOR ALTEMAR DUTRA, 14 - JAGUARANA	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 M.T. - 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	(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	14859	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - : Acidente de Trânsito	37 - : Acid. Trabalho Típico	38 - : Acid. Trabalho Trajetado	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Sexo
			42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência					
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado					

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de 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)	
	21/07/2019 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	

Código do Laudo: 487765





MIGUEL ARRÁEZ



Instituto de Medicina Interna :
Prof. Fernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Márcio da Silva Nunes

REG: 127820

CLÍNICA: CC3

ENFERMAGEM: 506

LEITO: 04

[illegible]

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
MÉDICO
CRM-PE 27686 CEM-SA 34036



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES REG: 127820

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
25/7/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
	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
25.07.19 08:30	HD: FX DIAFISÁRIA FÊMUR DIR LX EXPOSTA DO 5º PDD 1 DPO TELA EM MIDT DOR DE FÊMUR FACILITE ENIM FORTA S/ QUEDA DA ORIENTAÇÃO CONSCIENTE EUPNEICO AFER MID- TELA BEM POSICIONADA CURATIVOS OCULTOS CD: AB- 2º TEMPO CIRCULANDO

Dr. Paulo Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.100



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 30/07/2019

Hora: 19:34

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

Procedimento: 0408050632

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

CIRURGIÃO

20671 ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR

ANESTESISTA

11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

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 ESCÓPIA
- 7) REALIZADO INCISAO EM REGIAO PERIPATELAR MEDIAL
- 8) PRESAGEM 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 ESCÓPIA
- 12) CURATIVO
- 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



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.. 0001

Data 25/07/2019

Hora... 04:51

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

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

CIRURGIÃO 14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CIRURGIÃO 13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

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 P.D., EXAME CLÍNICO COM MOBILIDADE PRESERVADA SEM EVIDÊNCIA DE LUXAÇÃO.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dra. Ianele Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM 32.499

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

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 AMBULATORIOS, 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 Viveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 205.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





RECEITUÁRIO

LEITE MATERNO

Atesto que o Alimento

Leite Materno foi oferecido

em 30/07/19 ao

Infante SECONATO DE

SENA D.R. Mãe

S.F.L

Em 22/10/19

SECRETARIA
DE SAÚDE
DE PERNAMBUCO

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



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: D'ECCOFES
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

Caída no chão há 15 dias, refere dor na coxa (D), Joelho (D) e Mão (E). Não dormiu ao despertar.

EXAME FÍSICO:

Dor à mobilização do MLD.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*Rx: 1º Frnt. femur (D)
2º Frnt. 4º MTP / coxa (D)
Prescrição Médica: (D) Posição S-PPD.*

*CD: Aguardar resultados
UPH
A ser re-avaliado*

Thiago A. Peruci
Ortopedia/Traumatologia
Cr. Quarta
11050-1/SB01 14461

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () 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: **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-

Floxograma 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS
CONTROLE DE APLICAÇÕES

Nome: Marcos S. [assinatura] Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
	① DIETA LÍQUIDA				
	② SORO HIDROLÍTICO				
	③ DIPLOMAT Olan + AD (V)				
	6/6h S/N 100cc (V)				
	④ PEROXIDENO 100mg + 100cc				
	SE 997 (V) 12/12h S/N 8			01:00	Quarta
	⑤ TRANSFER 100mg + 200cc				
	SE 997 (V) 12/12h S/N 8			01:00	Quarta
	⑥ PEROXIDENO Olan + AD (V)				
	8/8h S/N 100cc				
	⑦ AGUA DE TRANSFERÊNCIA				
	⑧ SORO KCCO				
	⑨ CLOPIDO 25mg - Olan + AD			01:00	Quarta
	⑩ de 8/8h (V)				
Thiago A. Perruci Intopédia/Transfusão C.R. Quarta CRM 19507/15801 14468					
Complemento:					
	① Cleare 40 mg (SC)				
	AS 06:00h				
	② Cleare 2g + AD (V)			01:00	Quarta
Thiago A. Perruci Intopédia/Transfusão C.R. Quarta CRM 19507/15801 14468					



Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Marcelo da S. Dunes Registro: _____ Data da avaliação: 25/02/19

	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	
	Debitado	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

330 972
Enfermeiro (a)



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

Nome do paciente: FRANCISCO DA S. NUNES Registro: _____ Data da avaliação: 25/02/2020

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retira, nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido à sudorese, urina, etc. E detectada umidade sempre que o cliente é deslocado ou virado	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca, os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama	2. Sentado: 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.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	4. Anda frequentemente: Ainda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come geralmente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: 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. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: 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. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: 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
Fricção e forças de deslizeamento	1. Problema: 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. Espasmodicidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante	2. Problema potencial: 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.	3. Nenhum problema: 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: [Assinatura] 330 9+3



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 5734462
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
Nome do Paciente: Marcio da Silva Naves IDENTIFICAÇÃO Idade: _____	
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____	
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____	
Cidade: ROLISTA	
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	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: Aciante de Morte	
Hipótese Diagnóstica: ① EAT - DIAPHRAGMA FLETO ② EAT - EXPOSA DO 2º MTD ③ LVO 980 MTD - FL 5º RIA ④	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
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	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 487765

Senha da Classificação:

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: 12345

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

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

09:26

Queixa Principal

Paciente com dor aguda no dorso da mão direita
de início súbito e insuportável.

Exame Físico

Função de WRIGHT para S. Koro, Dorso
e dorso.

Hipótese Diagnóstico

Ex. de dorso dorso S: MIT

Prescrição Médica

(1) INTRAVENOSOS + Bolo.

(2) SÓ 1M 1 VAC 1M

(3) GEBOLIN 2g - OXIMETAZOLINA 0,1%.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

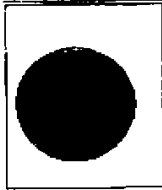


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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:

entep

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

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

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

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

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
FERIMENTO 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
Enfermeiro

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

Data Impressão: 25/07/2019 02:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **487772**

Usuário: ROBERTAMS

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 OUTRA		Cidade: JAGUARANA	Estado: PAULISTA

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 25/07/2019 03:03
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERDE-01	
Médico Internação: HYGINO JOSE PINTO MARINHO	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
fone:	Cidade:	Estado civil:

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 + crural de fêmur

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Exame de Entrada.....: Fratura retrograda de fêmur

REVISADO
Dr. Anderson Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 55.720

Médico e CRM: _____

Paula 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 _____

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





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES
			6431569
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente	MARCIO DA SILVA NUNES		6 - N° Prontuário
			127820
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
898004859707763	21/04/1980	☒ M ☐ F	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	MARINALDA DA SILVA NUNES		12 - Telefone de Contato
			8198311345
13 - Nome Responsável	RUTH		14 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Rua, N° e 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 M.D. - FERIMENTO EM PE DIREITO - LUXAÇÃO MIT. FALANGEANA DO 5°			
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	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		28 - Código do Procedimento
			0415020069
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	207282560580002
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° 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 - N° Bônus	41 - Selo
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Atípico			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	
	E260000001		
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
() CNS () CPF			
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)		

Código do Laudo: 487765



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARCIO DA SILVA NUNES REG: 127820

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
25/7/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	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. João Cunha Ortopedia e Traumatologia CRM 100.000
25.07.19	2 JOTA
08:30	HD: FX DIAFISÁRIA FÊMUR DIR.
	LE: EXPOSTA DO 5º PDD
	1 JDO TRACÇÃO EM MINT
	DET DE EDUCAÇÃO
	FAIXOTA EM MINT FEMUR S/
	Quilom. de. orientado ao
	CONSCIENTE, EUPNEICO ALTA
	MID- Tempo BM POSICIONAR
	CURATIVOS OCUROS
	CD: AG- 2º TEMPO CURATIVOS



Aviso de Cirurgia : 58353 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 127820 MARCIO DA SILVA NUNES Atendimento : 487772
Convênio Atend. : 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

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

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

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 ESCÓPIA
- 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 ESCÓPIA
- 12) CURATIVO
- 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



Arvo de Cirurgia : 58267 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 127520 MARCIO DA SILVA NUNES Atendimento : 487772
Convênio Atend : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 554 VERDZ-01 Idade : 39 Anos
Dt. Inicio : 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

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 031 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

CIRURGIÃO 14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CIRURGIÃO 13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO + FERIMENTO EM PÉ DIREITO
CIRURGIA: TRACÃO 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 TRACÃO;
- 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 EVIDÊNCIA DE LUXAÇÃO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dra Ianele Braga
Cirurgiã Assistente
CRM 22.455

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 26.720

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITATAGEM
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITATAGEM

VALIDAR EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421968763

MARCIO DA SILVA NUNES

DOC. IDENTIDADE: ÓRGÃO EMISSOR: UF
 216452045 SECC RJ

CPF: 037.443.224-30 DATA NASCIMENTO: 21/04/1989

FILIAÇÃO: SEVERINO NUNES FILHO

MARINALDA DA SILVA NUNES

RES

FORMAÇÃO: ☒ RESCISÓRIO ☒ RESCISÓRIO ☒ AD

Nº REGISTRO: 06048789508 VALIDADE: 08/02/2022 HABILITAÇÃO: 17/04/2014

OBSERVAÇÕES

Marcio da Silva Nunes

ASSINADO POR: _____

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 19/04/2017

[Assinatura]

Chanceler Anderson Soares Ribeiro
 Diretor Presidente

44746008122
 00073366031

PERNAMBUCO



UNICA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL
1677682555

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

DOC IDENTIDADE / DNO EMISSOR / US
5123670 SSP PE

CNPJ
051.980.936-32 DATA NASCIMENTO
05/08/1983

FILIAÇÃO
ANARO RODRIGUES DE ARA
DNO
LUCIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO
02362851214

PERMISSÃO
ACC
VALIDADE
23/07/2020

CAV. HAB
AM

HABILITAÇÃO
06/06/2002

ORDEMADO
MAR

A. S. de R. J.

LOCAL
RECIFE, PE

ADMINISTRAÇÃO DO FISCAL

DATA EMISSÃO
09/07/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

00039873354
E2073632651

PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS

SEGURO DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE

VALIDAR EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421968763

MARCIO DA SILVA NUNES

DOC. IDENTIDADE: ÓRGÃO EMISSOR: UF
 216452045 SECC RJ

CPF: 037.443.224-30 DATA NASCIMENTO: 21/04/1989

FILIAÇÃO: SEVERINO NUNES FILHO

MARINALDA DA SILVA NUNES

RES

FORMAÇÃO: ☒ RESCISÓRIA ☒ RESCISÓRIA ☒ AD

Nº REGISTRO: 06048789508 VALIDADE: 08/02/2022 HABILITAÇÃO: 17/04/2014

OBSERVAÇÕES

Marcio da Silva Nunes

ASSINADO POR: _____

LOCAL: RECIFE - PE DATA CANCELAMENTO: 19/04/2017

[Assinatura]
 Diretor Presidente

44746008122
 0007306031

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1421968763

