



08/10/2020

Número: **0038149-33.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (AUTOR)		ELISANGELA ROSENDO DA SILVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69263446	08/10/2020 15:53	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180494728**

Vítima: **MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **25/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180494728**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13548817

Pag. 01117/01118 - carta_01 - INVALIDEZ

00020559





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, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00093/00094 - carta_02 - INVALIDEZ

00050047



Carta nº 14068297





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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 000000051545-5

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.161.633 EXPEDIDO POR LAVARES BURIL EM 03/09/2010
CPF 996863609-20 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO SERVEITE
E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando:
de código de segurança.

Autorização de pagamento



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 15 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 81 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 51545-5

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

PAULISTA, 10 de OUTUBRO de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Titular: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
Agência: 1581 - JANGA, PE
Operação: Conta Poupança
Número da conta: 51545-5





PEDIDO DO SEGURO DPVA

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:
Bairro:	Cidade:	Estado:
E-mail:	CEP:	
Tel. (DDD):		

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

RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2582	CONTA: 000 51545
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Local e Data, PAULISTA 30 SAUANO 2020
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
CPF: 796.867.614-20

TESTEMUNHAS
1ª Nome: CILKEIDE DOS SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 898707239-49
Cilkeide Jose dos Santos de Oliveira
Assinatura

2ª Nome: NICOLAS CALDAS DOS SANTOS
CPF: 050002494-95
Nicolas Caldas dos Santos
Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

/001/2018

CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
CLEIDE JOSE DOS SANTOS
que confere c/c o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:46:41
Em test. _____ da verdade.
Kerla Nascimento da Souza (Escrivente Autorizada)
Emol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,28 Total: R\$ 4,79 Selo Digital:
0077446.FPE01201908.01514 Válido somente com o selo.



CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
NICOLAS CALDAS DOS SANTOS
que confere c/c o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:43:13
Em test. _____ da verdade.
Kerla Nascimento da Souza (Escrivente Autorizada)
Emol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,28 Total: R\$ 4,79 Selo Digital:
0077446.AJZ01201908.01511 Válido somente com o selo.

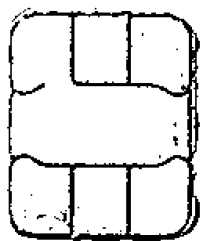


CARTÓRIO PRAIA DA CONCEIÇÃO
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
VANERGE SARAYÁ BARBOSA
que confere c/c o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 28 de janeiro de 2019. 08:45:33
Em test. _____ da verdade.
Kerla Nascimento da Souza (Escrivente Autorizada)
Emol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,28 Total: R\$ 4,79 Selo Digital:
0077446.YMS01201908.01612 Válido somente com o selo.



CAIXA

POUPANÇA



5067 2250 6584 0243
5067 VALDOATÉ

10/24

MAURILIO G SANTOS

1581 013 00051545-5

(G)



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

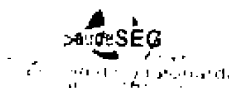
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180494728
Nome do(a) Examinado(a): Maurilio Graciliano dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Ns Aparecida, 77 C
Janga Paulista PE CEP: 53439-590
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 4161633
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [21/03/2019] Recife [PE]

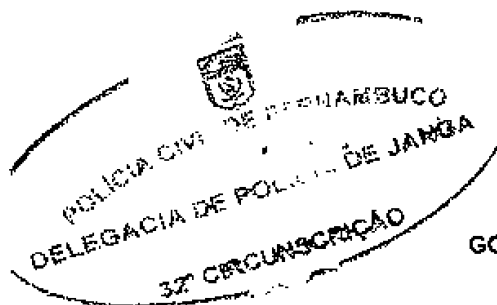
Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA ABDOMINAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZOU LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ENTERECTOMIA SEGMENTAR E ILEOSTOMIA
Complicações: NÃO HOUVE
Data da Alta: MARÇO/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
EGB, DEAMBULA LENTAMENTE, APRESENTA ABDOME GLOBOSO, LEVEMENTE DISTENDIDO
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
PERDA PARCIAL DE INTESTINO GROSSO
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS ABDOMINAIS
CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO
COMPENSAVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA E/OU
DIGESTIVA. | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR





INV

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0122001493

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/08/2018 às 10:20

Complementa o BO Número: 18E0122000520

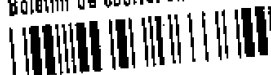
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/2/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 1 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ARMAZÉM CORAL**.
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER (AUTOR/AGENTE)
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER**

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

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA BALBINA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: **12/10/1961** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **4161633/SDS/PE (RG), 79686761420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 985446628**

Endereço Residencial: **RUA NOSSA SENHORA APARECIDA, 77, CASA, 77 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA BREJO DA MADRE DE DEUS, 180, BLOCO C 11 APTº 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **FLÁVIO JOSÉ PEREIRA RIEPER**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **MNF3308** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **860437701** Chassi: **9BGRZ08X05G225393**
Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **GM/CELTA 2P LIFE.**

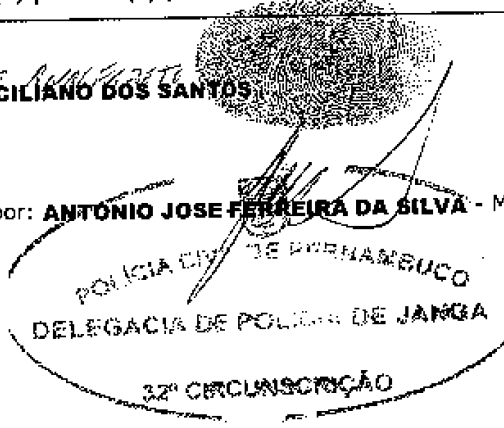
Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ANDAVA NA CALÇADA AO LADO DO ARMAZÉM CORAL DESTA CIDADE DO JANGA/PAULISTA FOI ATROPELADO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO GM/CORSA, PLACA MNF 3308/PAULISTA/PE, SENDO SOCORRIDO PELO SR. PAULO RIEPER PARA A UPJ DE JARDIM PAULISTA/PE E POSTERIORMENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O TRÍ CENTENÁRIO DE OLINDA. PELO EXPOSTO O QUEIXOSO PEDE PROVIDÊNCIA POLICIAL QUER O CASO REQUER.

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

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTÔNIO JOSÉ FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: **3810658**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURILIO GRACILIANO DO SANTOS portador da carteira de identidade nº 4.161.633 e inscrito no CPF/MF sob o nº 796867619-20 residente e domiciliado na AV NOSSA SRA APARECIDA 77 JARDIM Cidade PAULISTA Estado PE declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Declaração de Inexistência de II



☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

PAULISTA 10/10/2018

Local e data



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Comprovação de ato declaratório



Nº Atendimento: 980442

Nome: Mauro de Oliveira dos Santos

Foi atendido às 20:25 hs do dia 25 / 02 / 18

Diagnóstico Provável: Trauma

Paciente refere que foi atingido enquanto
despachava correspondência

Tratamento Realizado: R-x e sintomático

Observação: _____

Cópia de: _____

Almeida Gestor de Saúde
09/02/2018

Médico – CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 09039744/0005-18 TEL: (81) 3184-4255



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

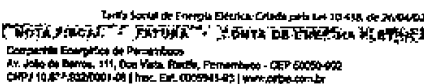
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000051545-5

Nr. da Autenticação 200517736CFC029C





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AVENIDA APARECIDA 77

JANGAY JANGA
PALISTA PE
53400-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA
Monografia

CONIDA CONTRATO 7006246332 NET-440 02/2018

TP 144074 PICAL	000153728	000153728	19/02/2018
-----------------	-----------	-----------	------------

DATA DE RECEBIMENTO: 26/02/2018 DATA DE EMISSÃO: 20/03/2018

EXP. DATE	EXP. DATE	EXP. DATE
10/2/2018	2011253475	2341890

5.25

Consumo Atividade 30 kWh
 Mês por pessoa-NF 002450587 - 21/12/17
 Ano por pessoa-NF 002450587 - 21/12/17
 Atividade GPM-NF 002450587 - 21/12/17

QUANTITY	PRICE (PI)	VALUE (PI)
30.0000000	0.16953113	5.085945
		0.11
		0.02
		0.02

TOTAL DA FATURA

5.25

EXTRATO DE CONTAS DE CREDITO									
Nº DO MEMORO	TIPO DA FOLHAÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONTINGENTE
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3111/1999	Cal	18-01-2002	720	18-03-2002	960	31	1.00000		0,00

[illegible]

Comprovante de residência





Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS **Nº registro:** 91273
Ot. Nasc.: 12/10/61 - 56 ano (s) **Sexo:** Masculino
Mãe: MARIA BABINA DA CONCEICAO **Fone:** 81985446629
Endereço: R SOLMAR, nº 56, JANGA. PAULISTA - PE
Sector: Leito:
Data/hora: 26/02/2018 - 11:51 **Nº pág.:** 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: SCN033

14/05/2018 - RAFAEL AZEDO

Classificação de Risco:
Especialidade:

ANAMNESE:

ALERGIA:

- NEGA

QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO ONTEM A NOITE, CHEGA COM DOR ABDOMINAL INTENSA, NÁUSEAS, HISTÓRIA DE P. DE ELIMINAÇÃO DE FEZES DESDE ONTEM. NEGA VÔMITOS. NEGA DESMAIOS.

EXAME FÍSICO:

Peso: **Altura:** **IMC: ()** **Temperatura: °**

PA: x mmHg **HGT:** mg/dL

OBS:

EGREGULAR, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE, ORIENTADO

ABD: PLANO, POUCO DÉPRESSIVEL, BASTANTE DOLOROSO À PALPAÇÃO, COM SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- R101 - DOR LOCALIZADA NO ABDOME SUPERIOR | DOR EPIGÁSTRICA - - -

Resultados de Exames:

Evolução do paciente:

CD: AVALIO RESULTADO DE USG DE ABDOME: SEM ANORMALIDADES.
SOLICITO RADIOGRAFIA DE ABDOME.

Dr. RAFAEL MELO AZEDO VIEIRA
CRM: 26235

Rua Dr. Farias Neves Sobrinho, nº 232, Bairro Novo CEP: 53120-420 - Olinda/PE
Contato: (81) 3429-2622



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Maurilio Graciliano dos Santos, Registro Hospitalar: 112731, RG: 4161633 SDS/PE, CPF 796.867.614-20, Nascimento: 12/10/1961, encontra-se internado na UTI do Hospital Miguel Arraes por motivo de doença grave em pós Operatório de cirurgia abdominal, desde o dia 03/02/2018. No momento, não há perspectiva de alta hospitalar.

Paulista, 05 de março de 2018

Romário R. Alves

CRM-PE 2077

Médico





PERNAMBUCO
GOVERNADOR AGUIAR

MIGUEL ARRAGES



IMP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Marcos Garcia das Santos REG: 11231
CLÍNICA: ENFERMAGEM LEITO: 20

DATA/HORA	
03/09/18	# Cx. Geral II
20:00	
	4º DP: (E +): glicemia com penicilina
	decur
	Paciente descau entre de vermelho per
	nao clinica TC descartou rep
	ao exame
	Exatim, tendente, consciente,
	deformado
	FC: 120 bpm
	Abdome flácido, de leve difusamente,
	com desconforto bruxa acentuado.
	PO Kew a direita
	NV + am AUT SI RA. Sat. 100% em 100% O2
	# Cx. 1) Mantido. Amg
	2) Glicemia: lactado 1,3,
	PO 111 bic 23, pH 7,35
	3) Exatim: mecânica
	4) Índice 50
	Dia. Ceftriaxona
	Grupo G
	CMV 100 mg
03/09/18	Nota Operatório
23:00	Pte submetido a TC de abdome
	de ligados feto e movimento de
	capto de elegeros

Realizado ultrassom TC
Cx. 1) UTI. 3) Dica zero
3) 100%
Dra. Cecilia Lima
Ginecologia
CRM 2225

PERMANENT
 永久可保單 註冊 九龍 4308

MIGUEL ANGEL

MA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Gonçalves do Carmo REG: _____
 CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

ERHED 00000001

LEFT: _____

[illegible]

19:30 Paul left the gun and eastern TEP, McKe, Co. HQ.
North ground, indicated TEP magazines. Unsubstantiated claim of a counter-attack
21:00. Advance a divergent platoon. Subsequent. et. 11:00 AM. 11:00 AM. 11:00 AM.

Sostenido por
Cunha, Gadelma Gomes
CRM - P. 19.325

Sistema Fabelo (mm)
Cuentas General / Und. Lit.
Ctas. 26: 18.32



DESCRIÇÃO CIRURGICA

NOME: MAURILIO GRACIANO DOS SANTOS

REG: 112731

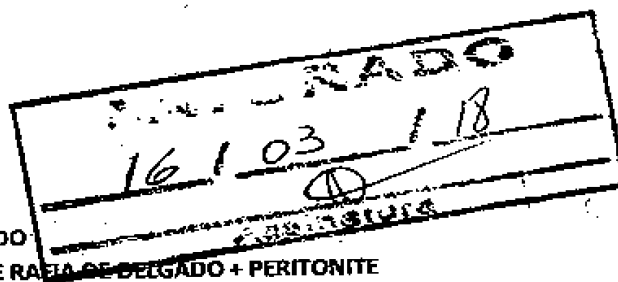
DATA: 03/03/2018

CIRURGIÃO: EUNIVALDO HOLANDA

1º AUXILIAR: NATALIA BANJA

ANESTESISTA: DOUGLAS

ANESTESIA: GERAL



DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ABDOME AGUDO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: DEISCÊNCIA DE RAFIA DE DELGADO + PERITONITE
PURULENTA

CIRURGIA PROPOSTA : LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CIRURGIA REALIZADA: A MESMA + ENTERECTOMIA SEGMENTAR + ILEOSTOMIA + FÍSTULA
MUCOSA + TOALETE CAVITÁRIO

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUE

DESCRIÇÃO :

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS
- 5) ACHADOS:
 - A. MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO SEROHEMÁTICO TURVO
 - B. RAFIA DE ÍLEO COM VAZAMENTO DE CONTEÚDO ENTÉRICO
 - C. DISTENSÃO DE ALÇAS DE DELGADO, RECOBERTAS COM FIBRINA
- 6) REALIZADO:
 - A. ENTERECTOMIA SEGMENTAR E CONFECCÃO DE ILEOSTOMIA A 90 CM DA VIC
 - B. TOALETE CAVITÁRIA EXTENSIVA COM CRISTALOIDE AQUECIDO
- 8) TOALETE CAVITÁRIA
- 9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 10) CONTAGEM DE COMPRESSAS
- 11) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 1
- 12) SUTURA DA PELE COM NYLON 4,0
- 13) MATURAÇÃO DE ILEOSTOMIA À BROOKE + FÍSTULA MUCOSA COM VYCRIL 3-0
- 14) CURATIVO

DATA: 3 de março de 2018

Dra. Cecília Lima
Cirurgião Geral
CRM-PE 21.254





Laudo para solicitação de autorização de internação

4113-28

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431669
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431669

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS			6 - Nº Prontuário	112731
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898050075361614	12/10/1961	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA BABINA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8198355317
13 - Nome Responsável	NICOLAS			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SAO MARCOS, 56 - JANGA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	FE	53439700		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	TAC ABDOMINAL FECHADO HÁ 12H		
21 - Condições que justificam a internação	TAC		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	TAC ABDOME: LÍQUIDO LIVRE EM MODERADA QUANTIDADE		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
ABDOME AGUDO	5364	V069	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	LAPAROTOMIA EXPLORADORA			28 - Código do Procedimento	0407020209
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	988016286616956		
33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA	27/02/2018	Simone Lima	18126		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / E	
38 - () Acid. Trabalho Tarefa			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apo		

AUTORIZAÇÃO

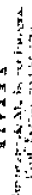
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E2600000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Código do Laudo: 418015

AIH
261810157221-8

AIH
261810157222-9



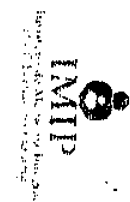


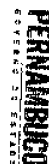
EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MAYLEIS GUERILHO DOS SANTOS RES: 112731
 CLÍNICA: CRUZ VERDE ENFERMAGEM: LETO: 18-04

DATA/HORA	#CC=##
12/10/2013	500 Q ²
	• Imunoso: Depo-tato (M: 02/10/2013).
	• MID: ① 1º DPO de LE + entormentado
	+ anestomias + EM + TC
	② 10º DPO de LE + saída de
	leite + LC ac. a leucorreia abdo
	minim. tratado com benzocetato
	- Abdo 1: líquido viscoso + vazio
	mento de náusea de delgado
	- Abdo 2: grande quantidade de
	líq. na 4 quadrantes. Saída de
	menstrúo = 1 litro
	• DE: DPA: 120x80/130x70/120x90/130x80
	Dextro: 110 (7h) / 149 (8h) Dura 150m/12h
	FC: 80-92bpm / FR: 18-20rpm.
	Síndromes reatoras: 60m/12h.
	• IS: Paciente apresenta melhora clínica
	refere apenas que incomoda na reatoma.
	Nega outros sintomas
	• EF: 508 consunt, oncutado vomiteado,
	hidratado subit ao toque.
	-AR: HUA em AHT. SIRA. FR= 24rpm
	ACV: 200 em AT. ENELKS. FC= 96bpm
	-Abd: 1000 de líquido, 1000ml RUA ②
	- Reatoma: saída de fezes pastosa.
	• CD: ① Monitora para monitorar monitora (100 a 120)

Dr. Felipe Machado + Médico
Médico
CRM 25295
Dra. Bruna Vespaziano + Médico
CRM 25295





19 10月
Nicola Arnesen

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:
CLÍNICA

CÚPULA:

ENVIRONMENTAL

ENVIRONMENTAL

REF: _____
 DET: _____

LETTER

DATA/HOURS

[illegible]

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ALTA DA UTI – LEITO 25

Nome: Maurílio Gradiliano Dos Santos **Registro:** 112731 **Atendimento:** 418064
Admissão HMA: 27/02/18 **Admissão UTI 3:** 27/02/2018 **Alta UTI 3:** 02/03/2018

Paciente, 56 anos, admitido no hospital queixando-se de dor abdominal com história de acidente com carroça (atropelamento) há 01 dia da admissão. Realizada TAC de Abdomen (com achado de líquido livre em cavidade), paciente foi encaminhado ao Bloco Cirúrgico, onde foi realizada LE + Rafia de íleo + LC, com achado de secreção fecaloide nos quatro quadrantes, lesão mesentérica a 280cm do Treitz e lesão em íleo a 290cm do Treitz (ocupando 30% da circunferência). Ao fim da cirurgia, apresentou-se hipotensão, com boa resposta a volume, não sendo feita droga vasoativa.

Paciente foi então admitido na UTI em POI, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disátrico, respondendo a comandos e em uso de SVD. Como paciente apresentou-se disátrico e desorientado, foi então solicitada TAC de Crânio (sem alterações agudas) e graças ao achado de peritonite fecal iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol. Evoluiu com vômitos biliosos, sendo então passada SNG (com saída imediata de 600mL) e iniciada reposição venosa de potássio. Apresentou ainda oligúria, com boa resposta após estímulo diurético.

Posteriormente, paciente apresentou melhora do retorno pela SNG, podendo então iniciar dieta e progredindo conforme aceitação. Retirada SVD como forma de estimular diurese espontânea. Apresenta-se no momento estável hemodinamicamente, em boa aceitação de dieta oral, em uso de Ceftriaxona e Metronidazol e reposição venosa de K+, sem queixas e estando apto a alta da UTI.

Ao Exame:

EG Regular, hipocorado +/4+, hidratado, eupnéico, acianótico, anictérico, afebril ao toque.

AR: MV + AHT s/ RA. Sat O2: 95%

ACV: RCB 2T BNF, S/S. FC: 103 BPM. PA: 100 x 73mmHg

ABD: Plano, flácido, depressível, indolor à palpação, RHA+

Ext: Aquecidas, perfundidas, pulsos simétricos em MMSS e MMII, panturrilhas livres.

HD: 1. POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário

2. Peritonite fecal após lesão de íleo por trauma fechado de abdômen.

3. Hipocalcemia – em reposição venosa

CD:

1. Manutenção reposição venosa de Potássio, uma vez que apresentou k=2.7

2. Alta para enfermaria de CG.

02.03.18
Diana Mariana dos Santos
Médica
CRM-PE 5110



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ADMISSÃO - LEITO 25

Nome: Maurílio Gradilano Dos Santos Registro: 112731 Atendimento: 418064
Admissão MMA: 27/02/18 Admissão UTI 3: 27/02/2018

Paciente, 56 anos com história de trauma abdominal após acidente com carroça (atropelamento), admitido no hospital com dor, em POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário com achado de peritonite fecal e lesão em mesentério a 280 cm do Treitz e de íleo a 290 cm do Treitz e 30% da circunferência.

História de hipotensão ao final do procedimento, responsiva a volume.

Chega à UTI acompanhado de médico cirurgião e anestesista, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disártrico, respondendo a comandos, com diurese em SVD concentrada.

Ao exame:

EG Regular, hipocorado +/4+, desidratado, eupnéico, acianótico e anictérico

AR: MV + AHT s/ RA.

ACV: RCR 2T BNF, S/S. FC: 111 BPM. PA: 89 x 65mmHg

ABD: plano, depressível, com dor à palpação difusa de abdômen.

Ext: pulsos simétricos em MMSS e MMII

HD: 1. POI de LE + Rafia de íleo + lavado cavitário

2. Peritonite fecal após lesão de íleo por trauma fechado de abdômen.

CD:

1. Solicito rotina admissional, raio X de tórax no leito e culturas.
2. Faço expansão volêmica
3. Início Rocefin + metronidazol
4. Discutir com família disartria e desorientação (de base? Choque hipovolêmico ? traumático?) – avaliar tac de crânio.

Caroline Corvalan
Médica
CRM-PE: 22.370



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

Página.: 0001
Data.: 27/02/2018
Hora.: 11:35

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 48188
Paciente : 112731
Convênio Atend. : 1
Leito : 541
Dt. Início : 27/02/2018 10:40
Cid Pré-Operatório : R100
Cid Pós-Operatório : R100

Sala : 0003 SALA 03
MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERD1-L07
Dt. Fim : 27/02/2018 11:20
ABDOME AGUDO
ABDOME AGUDO

Atendimento : 418064
Carteira :
Idade : 56 Anos 15 Dias 11 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0407040181
Convênio: 001
Anestesia: 44

LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

URGIAO 18126 DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ABDOME AGUDO TRAUMÁTICO
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA : LAPAROTOMIA EXPLORADORA
CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + RAFIA DE ÍLEO + LAVABO CAVITÁRIO

CIRURGIÃO: DR DANILO VASCONCELOS

1º AUXILIAR: MR1. SIMONE LIMA HUOC

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: FERNANDA

ANESTESISTA: DR KLEITON

ANESTESIA : GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO :

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 4) INCISÃO MEDIANA TRANSUMBILICAL + ABERTURA POR PLANOS
- 5) ACHADOS:
 - A. GRANDE QUANTIDADE DE FEZES NOS QUATRO QUADRANTES
 - B. LESÃO DE MESENTÉRIO A 280CM DO TREITZ
 - C. LESÃO DE ÍLEO A 290CM DO TREITZ DE 30% DA CIRCUNFERÊNCIA
- 6) REALIZADOS:
 - A. RAFIA DE MESENTÉRIO COM PROLENE 3.0
 - B. ENTERORRAFIA COM PROLENE 3.0 EM DUPLA CAMADA
- 7) TOALETE CAVITÁRIA EXAUSTIVA COM SF0,9% MORNO
- 8) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 9) COTAGEM DE COMPRESSAS
- 10) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 0
- 11) SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
- 12) CURATIVO

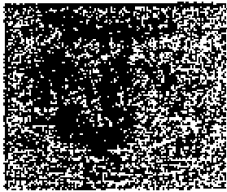
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Simone Lima
R. 18126
27/02/2018

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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

Página.: 0002
Data.: 27/02/2018
Hora.: 11:35

DR(A) : DANILO JOSE VASCONCELOS PEREIRA
CRM : 18126

Simone Lima
Médica
CRM-PB 14176

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Serviço de Cirurgia Geral

Nome: Maunilio Grauliano dos Santos

Registro: AA 2731

Data: 11/03/18

Prescrição Médica

- Dipirona 500mg ----- 20 comp

Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor

OU

- Paracetamol 500mg ----- 15 comp

Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor

Orientações

- 1- Deixar a ferida operatória sem curativos
- 2- Lavar a ferida operatória com água e sabão
- 3- ~~Não~~ usar pomadas, cremes, ungüentos, Rifocina®, mercúrio ou similares sobre a ferida
- 4- Evitar esforços físicos até o retorno ao ambulatório
- 5- Andar e se movimentar livremente
- 6- Comparecer à emergência mais próxima de sua casa SE:
 - a. Dor de barriga que não melhora com as medicações
 - b. Vômitos persistentes
 - c. Febre persistente
 - d. Vermelhidão ou saída de pus pela ferida operatória
 - e. Falta de ar

- 7- Retornar ao ambulatório de Cirurgia Geral no dia:

23 / 03 / 18 (Sinta

- Feira) às

13:00horas.

Victor Lira
Médico
CRM-PE 23139



 PARNÁIBA MUNICÍPIO	UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PAULISTA SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	GESTÃO IMIP
NOME: _____ IDADE: _____		
DATA: _____		
SOLICITANTE: _____		
LEITO: _____		
AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ☐ ENF: _____		
EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE ☐		
EXAME: <u>Ex de tórax quadril</u>		
MOTIVO: <u>abdominal</u>		
REQUISITANTE/CARIMBO: <u>[Carimbo]</u>		
LAUDO: _____		
DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Serviço de Cirurgia Geral

Nome:

Maurício Indalício de Mello
Internamento para Cirurgia Eletiva *5-10*

- Apresentar-se com esse formulário na emergência do Hospital Miguel Arraes às 07 horas na data marcada abaixo.
- Levar todos os exames e pareceres solicitados.
- O jejum para comida e bebida deverá ser iniciado a partir das 22 horas do dia anterior ao internamento.
- Não suspender as medicações para "pressão alta"
- Suspender as medicações para diabetes no dia anterior.
- Comunicar ao médico se você estiver Doente (gripe, resfriados, infecções, etc) ou for portador de Alergias.
- Caso não possa comparecer para submeter-se a cirurgia, comunicar no telefone 3181-9679.
- **LEMBRE-SE:** a sua cirurgia pode ser cancelada sem aviso prévio para permitir cirurgias com maior prioridade, pois o Hospital Miguel Arraes é um serviço de urgência e emergência!

DIAGNÓSTICO:

ECOSONIA 11.11.20

CIRURGIA:

NECROSE

DATA:

08.11.18

Relatório Ecoss.
[Assinatura]
Cirurgião Especialista
CRM 16417

CO-MORBIDADES:

CEP: 53400-000 Paulista-DF





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL
MIGUEL ARRAGES



IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Mauro César Gonçalves dos Santos REG: 110731

CLÍNICA: Amigalga ENFERMAGEM: 413 LEITO: 04

DATA/HORA	# CG-A
08/03/20	MASC, 56a.
7:45	HD: DPO 4 LE + enterotomia segmentar + ileostomia + fístula micosa + fístula carterio
	② g: DPO 4 LE + refusa de leite + lavagem com tubo nas a traqueia abdominal fechador com hemiparapente
	Archedo ②: peritonite local secundária a uso ideal (mucosa fútil de nos 4 quadrantes)
	Archedo ①: líquido limpo e transparente de refusa de dilgado
	Emuro:
	- Pipe-Tage
	- Sintermetos
	PS: 110 / 130 / 100 BFC=86-90 STemp=36 70 / 80 70 DFR=19-20
	Ileostomia = 500ml
	Dura = 900ml
	Rel: alveolar na ileostomia
	AO: 14mm: BFC, hiperando (1/4+), consistente, enxerto, hidratado
	ACV: KCR 2T BNF AID. FC=100 bpm
	AR: Mx @ Mx @ PA. FR=13 bpm
	Abd: plano, depressível, indolor à palpação, BNA
	Ex: Mm idios.

COT: Início de líquido de prony, progressivo
conforme acituação.

UTI 3 - ALTA

Nome: Maurílio Gradiliano Dos Santos Registro: 112731 Atendimento: 418064
Admissão HMA: 27/02/18 Admissão UTI 3: 03/02/2018 Alta UTI 3: 07/03/2018

Paciente, 56 anos, admitido no hospital queixando-se de dor abdominal com história de acidente com carroça (atropelamento) há 01 dia da admissão. Com traumatismo abdominal fechado, apresentando estabilidade hemodinâmica e USG de abdome mostrando líquido livre em cavidade abdominal, realizada TAC de abdômen neste serviço, sendo evidenciado hemopneumoperitônio, sendo, portanto, encaminhado ao Bloco Cirúrgico, onde foi realizada LE + Rafia de Íleo + LC, com achados de secreção fecaloide nos quatro quadrantes, lesão mesentérica a 280cm do Treitz e lesão em Íleo a 290cm do Treitz (ocupando 30% da circunferência). Ao fim da cirurgia, apresentou-se hipotensão, com boa resposta a volume, não sendo feita droga vasoativa.

Paciente foi então encaminhado em 27.02 à UTI em POI, em respiração espontânea, alerta, responsivo, desorientado, disártrico, respondendo a comandos. Como paciente apresentou-se disártrico e desorientado, foi então solicitada TAC de Crânio (sem alterações) e graças ao achado de peritonite fecal iniciada antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol. Evoluiu com vômitos biliosos, sendo então passada SNG (com saída imediata de 600ml). Posteriormente, paciente apresentou melhora do retomo pela SNG, podendo então iniciar dieta e progredindo conforme aceitação, recebendo alta da UTI para enfermaria de Cirurgia Geral em 02.03 sem queixas e estável.

No mesmo dia (02/03), apresentou episódio de dispnéia súbita em enfermaria CG com diminuição do MV em base de HTE, sendo realizada TAC de Tórax com protocolo para TEP, descartando-se hipótese de TEP segmentar, mas demonstrando condensações, derrame pleural e atelectasias bibasais. Sob hipótese de pneumonia nosocomial, rodado antibiótico para Tazocin (D0: 02/03).

Em 03/03, paciente apresentou-se ao exame físico com EGRuim, sonolento, desorientado, FC 120 bpm, abdômen doloroso difusamente à palpação, sinal de Blumberg positivo, encaminhado, assim, ao bloco para reabordagem. Paciente submetido a LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toafete cavitário, tendo como achados moderada quantidade de líquido serosomático turvo, rafia de Íleo com vazamento de conteúdo entérico e distensão de alças do delgado, recobertas com fibrina. Foi novamente admitido na UTI acompanhado pelo anestesista que refere que não houve intercorrência durante a cirurgia, paciente com lactato de 1.1 no Intraoperatório, apresentando quantidade moderada de resíduo gástrico, o qual foi retirado após passagem de SNG, manteve-se estável hemodinamicamente durante toda a cirurgia, em uso de SVD com urina concentrada, cateter em VJID (D0 28/02), venturi 50%.

Devido instabilidade hemodinâmica, iniciada BIC com noradrenalina e vigorosa expansão volêmica. Apresentou melhora do padrão hemodinâmico, sendo retirada noradrenalina e tentada início de dieta VO com dieta líquida de prova. No entanto, paciente apresentou vômitos sendo passada SNG e novamente zerada a dieta.

Como paciente hemodinamicamente estável, sem apresentar vômitos ou distúrbios, recebe alta para enfermaria de CG sem DVA, com AVC em VJID em D6 (punção 28/02 às 16h), ileostomia de bom aspecto e funcionante com alto débito e Tazocin D4 (D0 02/03).

Exame Físico da Alta:

EGBom, consciente, orientado em tempo e espaço, hipocorado (2+/4+), desidratado (1+/4+), acianótico, anictérico, afebril ao toque.

ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros FC=90bpm PA= 102x73mmHg

AR: MV + em AHT, sem RA FR=16ipm

AB: plano, depressível e indolor; ileostomia com bom aspecto e funcionante

FO: mediana, limpa, sem flogose ou saída de secreção à expressão;

Ext: sem edemas, panturrilhas livres, TEC=2s, pulsos periféricos + e simétricos

SNC: sem déficits focais, isocoria, ECG= 4 + 3 + 5 = 15

HD:

1. 4º DPO de LE + enterectomia segmentar + ileostomia + fistula mucosa + toafete cavitário;
2. 7º DPO de LE + rafia de Íleo + lavado cavitário sec a trauma abdominal fechado com hemopneumoperitônio à TAC de abd;
3. Condensação, atelectasia, derrame pleural bilaterais à TAC de tórax c/c + alteração da ausculta localizada em exame físico sec a Pneumonia Nosocomial



Atendimento: 418015

Data e Hora: 27/02/2018 00:08

Senha da Classificação:

Paciente: 112731 MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 12/10/1961 Idade: 56 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: MARIA BABINA DA CONCEICAO Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL CRM: 12347
 Endereço: RUA SAO MARCOS 58 Bairro: JANGA
 Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: DARLIANESL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

*USE
O
DEBOS*

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 01:14

Queixa Principal

*Ulcera por colostomia, melhor apenas da aderência
 nos pontos de cost. Melhor da margem lateral e FIR
 não faz o alongamento do tubo colostomia*

Exame Físico

Boa, leve e distendida, 19.000g, 1.60m, 1.70m, 1.80m, 1.90m, 2.00m, 2.10m, 2.20m, 2.30m, 2.40m, 2.50m, 2.60m, 2.70m, 2.80m, 2.90m, 3.00m, 3.10m, 3.20m, 3.30m, 3.40m, 3.50m, 3.60m, 3.70m, 3.80m, 3.90m, 4.00m, 4.10m, 4.20m, 4.30m, 4.40m, 4.50m, 4.60m, 4.70m, 4.80m, 4.90m, 5.00m, 5.10m, 5.20m, 5.30m, 5.40m, 5.50m, 5.60m, 5.70m, 5.80m, 5.90m, 6.00m, 6.10m, 6.20m, 6.30m, 6.40m, 6.50m, 6.60m, 6.70m, 6.80m, 6.90m, 7.00m, 7.10m, 7.20m, 7.30m, 7.40m, 7.50m, 7.60m, 7.70m, 7.80m, 7.90m, 8.00m, 8.10m, 8.20m, 8.30m, 8.40m, 8.50m, 8.60m, 8.70m, 8.80m, 8.90m, 9.00m, 9.10m, 9.20m, 9.30m, 9.40m, 9.50m, 9.60m, 9.70m, 9.80m, 9.90m, 10.00m, 10.10m, 10.20m, 10.30m, 10.40m, 10.50m, 10.60m, 10.70m, 10.80m, 10.90m, 11.00m, 11.10m, 11.20m, 11.30m, 11.40m, 11.50m, 11.60m, 11.70m, 11.80m, 11.90m, 12.00m, 12.10m, 12.20m, 12.30m, 12.40m, 12.50m, 12.60m, 12.70m, 12.80m, 12.90m, 13.00m, 13.10m, 13.20m, 13.30m, 13.40m, 13.50m, 13.60m, 13.70m, 13.80m, 13.90m, 14.00m, 14.10m, 14.20m, 14.30m, 14.40m, 14.50m, 14.60m, 14.70m, 14.80m, 14.90m, 15.00m, 15.10m, 15.20m, 15.30m, 15.40m, 15.50m, 15.60m, 15.70m, 15.80m, 15.90m, 16.00m, 16.10m, 16.20m, 16.30m, 16.40m, 16.50m, 16.60m, 16.70m, 16.80m, 16.90m, 17.00m, 17.10m, 17.20m, 17.30m, 17.40m, 17.50m, 17.60m, 17.70m, 17.80m, 17.90m, 18.00m, 18.10m, 18.20m, 18.30m, 18.40m, 18.50m, 18.60m, 18.70m, 18.80m, 18.90m, 19.00m, 19.10m, 19.20m, 19.30m, 19.40m, 19.50m, 19.60m, 19.70m, 19.80m, 19.90m, 20.00m, 20.10m, 20.20m, 20.30m, 20.40m, 20.50m, 20.60m, 20.70m, 20.80m, 20.90m, 21.00m, 21.10m, 21.20m, 21.30m, 21.40m, 21.50m, 21.60m, 21.70m, 21.80m, 21.90m, 22.00m, 22.10m, 22.20m, 22.30m, 22.40m, 22.50m, 22.60m, 22.70m, 22.80m, 22.90m, 23.00m, 23.10m, 23.20m, 23.30m, 23.40m, 23.50m, 23.60m, 23.70m, 23.80m, 23.90m, 24.00m, 24.10m, 24.20m, 24.30m, 24.40m, 24.50m, 24.60m, 24.70m, 24.80m, 24.90m, 25.00m, 25.10m, 25.20m, 25.30m, 25.40m, 25.50m, 25.60m, 25.70m, 25.80m, 25.90m, 26.00m, 26.10m, 26.20m, 26.30m, 26.40m, 26.50m, 26.60m, 26.70m, 26.80m, 26.90m, 27.00m, 27.10m, 27.20m, 27.30m, 27.40m, 27.50m, 27.60m, 27.70m, 27.80m, 27.90m, 28.00m, 28.10m, 28.20m, 28.30m, 28.40m, 28.50m, 28.60m, 28.70m, 28.80m, 28.90m, 29.00m, 29.10m, 29.20m, 29.30m, 29.40m, 29.50m, 29.60m, 29.70m, 29.80m, 29.90m, 30.00m, 30.10m, 30.20m, 30.30m, 30.40m, 30.50m, 30.60m, 30.70m, 30.80m, 30.90m, 31.00m, 31.10m, 31.20m, 31.30m, 31.40m, 31.50m, 31.60m, 31.70m, 31.80m, 31.90m, 32.00m, 32.10m, 32.20m, 32.30m, 32.40m, 32.50m, 32.60m, 32.70m, 32.80m, 32.90m, 33.00m, 33.10m, 33.20m, 33.30m, 33.40m, 33.50m, 33.60m, 33.70m, 33.80m, 33.90m, 34.00m, 34.10m, 34.20m, 34.30m, 34.40m, 34.50m, 34.60m, 34.70m, 34.80m, 34.90m, 35.00m, 35.10m, 35.20m, 35.30m, 35.40m, 35.50m, 35.60m, 35.70m, 35.80m, 35.90m, 36.00m, 36.10m, 36.20m, 36.30m, 36.40m, 36.50m, 36.60m, 36.70m, 36.80m, 36.90m, 37.00m, 37.10m, 37.20m, 37.30m, 37.40m, 37.50m, 37.60m, 37.70m, 37.80m, 37.90m, 38.00m, 38.10m, 38.20m, 38.30m, 38.40m, 38.50m, 38.60m, 38.70m, 38.80m, 38.90m, 39.00m, 39.10m, 39.20m, 39.30m, 39.40m, 39.50m, 39.60m, 39.70m, 39.80m, 39.90m, 40.00m, 40.10m, 40.20m, 40.30m, 40.40m, 40.50m, 40.60m, 40.70m, 40.80m, 40.90m, 41.00m, 41.10m, 41.20m, 41.30m, 41.40m, 41.50m, 41.60m, 41.70m, 41.80m, 41.90m, 42.00m, 42.10m, 42.20m, 42.30m, 42.40m, 42.50m, 42.60m, 42.70m, 42.80m, 42.90m, 43.00m, 43.10m, 43.20m, 43.30m, 43.40m, 43.50m, 43.60m, 43.70m, 43.80m, 43.90m, 44.00m, 44.10m, 44.20m, 44.30m, 44.40m, 44.50m, 44.60m, 44.70m, 44.80m, 44.90m, 45.00m, 45.10m, 45.20m, 45.30m, 45.40m, 45.50m, 45.60m, 45.70m, 45.80m, 45.90m, 46.00m, 46.10m, 46.20m, 46.30m, 46.40m, 46.50m, 46.60m, 46.70m, 46.80m, 46.90m, 47.00m, 47.10m, 47.20m, 47.30m, 47.40m, 47.50m, 47.60m, 47.70m, 47.80m, 47.90m, 48.00m, 48.10m, 48.20m, 48.30m, 48.40m, 48.50m, 48.60m, 48.70m, 48.80m, 48.90m, 49.00m, 49.10m, 49.20m, 49.30m, 49.40m, 49.50m, 49.60m, 49.70m, 49.80m, 49.90m, 50.00m, 50.10m, 50.20m, 50.30m, 50.40m, 50.50m, 50.60m, 50.70m, 50.80m, 50.90m, 51.00m, 51.10m, 51.20m, 51.30m, 51.40m, 51.50m, 51.60m, 51.70m, 51.80m, 51.90m, 52.00m, 52.10m, 52.20m, 52.30m, 52.40m, 52.50m, 52.60m, 52.70m, 52.80m, 52.90m, 53.00m, 53.10m, 53.20m, 53.30m, 53.40m, 53.50m, 53.60m, 53.70m, 53.80m, 53.90m, 54.00m, 54.10m, 54.20m, 54.30m, 54.40m, 54.50m, 54.60m, 54.70m, 54.80m, 54.90m, 55.00m, 55.10m, 55.20m, 55.30m, 55.40m, 55.50m, 55.60m, 55.70m, 55.80m, 55.90m, 56.00m, 56.10m, 56.20m, 56.30m, 56.40m, 56.50m, 56.60m, 56.70m, 56.80m, 56.90m, 57.00m, 57.10m, 57.20m, 57.30m, 57.40m, 57.50m, 57.60m, 57.70m, 57.80m, 57.90m, 58.00m, 58.10m, 58.20m, 58.30m, 58.40m, 58.50m, 58.60m, 58.70m, 58.80m, 58.90m, 59.00m, 59.10m, 59.20m, 59.30m, 59.40m, 59.50m, 59.60m, 59.70m, 59.80m, 59.90m, 60.00m, 60.10m, 60.20m, 60.30m, 60.40m, 60.50m, 60.60m, 60.70m, 60.80m, 60.90m, 61.00m, 61.10m, 61.20m, 61.30m, 61.40m, 61.50m, 61.60m, 61.70m, 61.80m, 61.90m, 62.00m, 62.10m, 62.20m, 62.30m, 62.40m, 62.50m, 62.60m, 62.70m, 62.80m, 62.90m, 63.00m, 63.10m, 63.20m, 63.30m, 63.40m, 63.50m, 63.60m, 63.70m, 63.80m, 63.90m, 64.00m, 64.10m, 64.20m, 64.30m, 64.40m, 64.50m, 64.60m, 64.70m, 64.80m, 64.90m, 65.00m, 65.10m, 65.20m, 65.30m, 65.40m, 65.50m, 65.60m, 65.70m, 65.80m, 65.90m, 66.00m, 66.10m, 66.20m, 66.30m, 66.40m, 66.50m, 66.60m, 66.70m, 66.80m, 66.90m, 67.00m, 67.10m, 67.20m, 67.30m, 67.40m, 67.50m, 67.60m, 67.70m, 67.80m, 67.90m, 68.00m, 68.10m, 68.20m, 68.30m, 68.40m, 68.50m, 68.60m, 68.70m, 68.80m, 68.90m, 69.00m, 69.10m, 69.20m, 69.30m, 69.40m, 69.50m, 69.60m, 69.70m, 69.80m, 69.90m, 70.00m, 70.10m, 70.20m, 70.30m, 70.40m, 70.50m, 70.60m, 70.70m, 70.80m, 70.90m, 71.00m, 71.10m, 71.20m, 71.30m, 71.40m, 71.50m, 71.60m, 71.70m, 71.80m, 71.90m, 72.00m, 72.10m, 72.20m, 72.30m, 72.40m, 72.50m, 72.60m, 72.70m, 72.80m, 72.90m, 73.00m, 73.10m, 73.20m, 73.30m, 73.40m, 73.50m, 73.60m, 73.70m, 73.80m, 73.90m, 74.00m, 74.10m, 74.20m, 74.30m, 74.40m, 74.50m, 74.60m, 74.70m, 74.80m, 74.90m, 75.00m, 75.10m, 75.20m, 75.30m, 75.40m, 75.50m, 75.60m, 75.70m, 75.80m, 75.90m, 76.00m, 76.10m, 76.20m, 76.30m, 76.40m, 76.50m, 76.60m, 76.70m, 76.80m, 76.90m, 77.00m, 77.10m, 77.20m, 77.30m, 77.40m, 77.50m, 77.60m, 77.70m, 77.80m, 77.90m, 78.00m, 78.10m, 78.20m, 78.30m, 78.40m, 78.50m, 78.60m, 78.70m, 78.80m, 78.90m, 79.00m, 79.10m, 79.20m, 79.30m, 79.40m, 79.50m, 79.60m, 79.70m, 79.80m, 79.90m, 80.00m, 80.10m, 80.20m, 80.30m, 80.40m, 80.50m, 80.60m, 80.70m, 80.80m, 80.90m, 81.00m, 81.10m, 81.20m, 81.30m, 81.40m, 81.50m, 81.60m, 81.70m, 81.80m, 81.90m, 82.00m, 82.10m, 82.20m, 82.30m, 82.40m, 82.50m, 82.60m, 82.70m, 82.80m, 82.90m, 83.00m, 83.10m, 83.20m, 83.30m, 83.40m, 83.50m, 83.60m, 83.70m, 83.80m, 83.90m, 84.00m, 84.10m, 84.20m, 84.30m, 84.40m, 84.50m, 84.60m, 84.70m, 84.80m, 84.90m, 85.00m, 85.10m, 85.20m, 85.30m, 85.40m, 85.50m, 85.60m, 85.70m, 85.80m, 85.90m, 86.00m, 86.10m, 86.20m, 86.30m, 86.40m, 86.50m, 86.60m, 86.70m, 86.80m, 86.90m, 87.00m, 87.10m, 87.20m, 87.30m, 87.40m, 87.50m, 87.60m, 87.70m, 87.80m, 87.90m, 88.00m, 88.10m, 88.20m, 88.30m, 88.40m, 88.50m, 88.60m, 88.70m, 88.80m, 88.90m, 89.00m, 89.10m, 89.20m, 89.30m, 89.40m, 89.50m, 89.60m, 89.70m, 89.80m, 89.90m, 90.00m, 90.10m, 90.20m, 90.30m, 90.40m, 90.50m, 90.60m, 90.70m, 90.80m, 90.90m, 91.00m, 91.10m, 91.20m, 91.30m, 91.40m, 91.50m, 91.60m, 91.70m, 91.80m, 91.90m, 92.00m, 92.10m, 92.20m, 92.30m, 92.40m, 92.50m, 92.60m, 92.70m, 92.80m, 92.90m, 93.00m, 93.10m, 93.20m, 93.30m, 93.40m, 93.50m, 93.60m, 93.70m, 93.80m, 93.90m, 94.00m, 94.10m, 94.20m, 94.30m, 94.40m, 94.50m, 94.60m, 94.70m, 94.80m, 94.90m, 95.00m, 95.10m, 95.20m, 95.30m, 95.40m, 95.50m, 95.60m, 95.70m, 95.80m, 95.90m, 96.00m, 96.10m, 96.20m, 96.30m, 96.40m, 96.50m, 96.60m, 96.70m, 96.80m, 96.90m, 97.00m, 97.10m, 97.20m, 97.30m, 97.40m, 97.50m, 97.60m, 97.70m, 97.80m, 97.90m, 98.00m, 98.10m, 98.20m, 98.30m, 98.40m, 98.50m, 98.60m, 98.70m, 98.80m, 98.90m, 99.00m, 99.10m, 99.20m, 99.30m, 99.40m, 99.50m, 99.60m, 99.70m, 99.80m, 99.90m, 100.00m, 100.10m, 100.20m, 100.30m, 100.40m, 100.50m, 100.60m, 100.70m, 100.80m, 100.90m, 101.00m, 101.10m, 101.20m, 101.30m, 101.40m, 101.50m, 101.60m, 101.70m, 101.80m, 101.90m, 102.00m, 102.10m, 102.20m, 102.30m, 102.40m, 102.50m, 102.60m, 102.70m, 102.80m, 102.90m, 103.00m, 103.10m, 103.20m, 103.30m, 103.40m, 103.50m, 103.60m, 103.70m, 103.80m, 103.90m, 104.00m, 104.10m, 104.20m, 104.30m, 104.40m, 104.50m, 104.60m, 104.70m, 104.80m, 104.90m, 105.00m, 105.10m, 105.20m, 105.30m, 105.40m, 105.50m, 105.60m, 105.70m, 105.80m, 105.90m, 106.00m, 106.10m, 106.20m, 106.30m, 106.40m, 106.50m, 106.60m, 106.70m, 106.80m, 106.90m, 107.00m, 107.10m, 107.20m, 107.30m, 107.40m, 107.50m, 107.60m, 107.70m, 107.80m, 107.90m, 108.00m, 108.10m, 108.20m, 108.30m, 108.40m, 108.50m, 108.60m, 108.70m, 108.80m, 108.90m, 109.00m, 109.10m, 109.20m, 109.30m, 109.40m, 109.50m, 109.60m, 109.70m, 109.80m, 109.90m, 110.00m, 110.10m, 110.20m, 110.30m, 110.40m, 110.50m, 110.60m, 110.70m, 110.80m, 110.90m, 111.00m, 111.10m, 111.20m, 111.30m, 111.40m, 111.50m, 111.60m, 111.70m, 111.80m, 111.90m, 112.00m, 112.10m, 112.20m, 112.30m, 112.40m, 112.50m, 112.60m, 112.70m, 112.80m, 112.90m, 113.00m, 113.10m, 113.20m, 113.30m, 113.40m, 113.50m, 113.60m, 113.70m, 113.80m, 113.90m, 114.00m, 114.10m, 114.20m, 114.30m, 114.40m, 114.50m, 114.60m, 114.70m, 114.80m, 114.90m, 115.00m, 115.10m, 115.20m, 115.30m, 115.40m, 115.50m, 115.60m, 115.70m, 115.80m, 115.90m, 116.00m, 116.10m, 116.20m, 116.30m, 116.40m, 116.50m, 116.60m, 116.70m, 116.80m, 116.90m, 117.00m, 117.10m, 117.20m, 117.30m, 117.40m, 117.50m, 117.60m, 117.70m, 117.80m, 117.90m, 118.00m, 118.10m, 118.20m, 118.30m, 118.40m, 118.50m, 118.60m, 118.70m, 118.80m, 118.90m, 119.00m, 119.10m, 119.20m, 119.30m, 119.40m, 119.50m, 119.60m, 119.70m, 119.80m, 119.90m, 120.00m, 120.10m, 120.20m, 120.30m, 120.40m, 120.50m, 120.60m, 120.70m, 120.80m, 120.90m, 121.00m, 121.10m, 121.20m, 121.30m, 121.40m, 121.50m, 121.60m, 121.70m, 121.80m, 121.90m, 122.00m, 122.10m, 122.20m, 122.30m, 122.40m, 122.50m, 122.60m, 122.70m, 122.80m, 122.90m, 123.00m, 123.10m, 123.20m, 123.30m, 123.40m, 123.50m, 123.60m, 123.70m, 123.80m, 123.90m, 124.00m, 124.10m, 124.20m, 124.30m, 124.40m, 124.50m, 124.60m, 124.70m, 124.80m, 124.90m, 125.00m, 125.10m, 125.20m, 125.30m, 125.40m, 125.50m, 125.60m, 125.70m, 125.80m, 125.90m, 126.00m, 126.10m, 126.20m, 126.30m, 126.40m, 126.50m, 126.60m, 126.70m, 126.80m, 126.90m, 127.00m, 127.10m, 127.20m, 127.30m, 127.40m, 127.50m, 127.60m, 127.70m, 127.80m, 127.90m, 128.00m, 128.10m, 128.20m, 128.30m, 128.40m, 128.50m, 128.60m, 128.70m, 128.80m, 128.90m, 129.00m, 129.10m, 129.20m, 129.30m, 129.40m, 129.50m, 129.60m, 129.70m, 129.80m, 129.90m, 130.00m, 130.10m, 130.20m, 130.30m, 130.40m, 130.50m, 130.60m, 130.70m, 130.80m, 130.90m, 131.00m, 131.10m, 131.20m, 131.30m, 131.40m, 131.50m, 131.60m, 131.70m, 131.80m, 131.90m, 132.00m, 132.10m, 132.20m, 132.30m, 132.40m, 132.50m, 132.60m, 132.70m, 132.80m, 132.90m, 133.00m, 133.10m, 133.20m, 133.30m, 133.40m, 133.50m, 133.60m, 133.70m, 133.80m, 133.90m, 134.00m, 134.10m, 134.20m, 134.30m, 134.40m, 134.50m, 134.60m, 134.70m, 134.80m, 134.90m, 135.00m, 135.10m, 135.20m, 135.30m, 135.40m, 135.50m, 135.60m, 135.70m, 135.80m, 135.90m, 136.00m, 136.10m, 136.20m, 136.30m, 136.40m, 136.50m, 136.60m, 136.70m, 136.80m, 136.90m, 137.00m, 137.10m, 137.20m, 137.30m, 137.40m, 137.50m, 137.60m, 137.70m, 137.80m, 137.90m, 138.00m, 138.10m, 138.20m, 138.30m, 138.40m, 138.50m, 138.60m, 138.70m, 138.80m, 138.90m, 139.00m, 13

102/18 464

30 Paratuberculose e estomatite por

lesão granulosa em amígdalas e

em artéria das pernas;

sem sinais de hipertensão ou

lesão pulmonar, de pulmão, de pulmão e de pulmão.

S.P. PC = 686m - PD = 14,1m

1) Aguardar melhor TC de Alergia e de Alergia

2) S.L. 06/14T.

Dr. Danilo Vasconcelos

Cirurgião de Pedidos

CRM 12126

CD: # SO

TC alarmon: Resumidamente paratuberculose

Alb 44,7 44 45

reduzir RS

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 15:53:14

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/02/2018 00:06

Nome Paciente:	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
Cód. Paciente:	112731
Data de Nascimento:	12/10/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	56
Senha:	0002
Convênio:	2 - SUS
Atendimento:	418015
SAME:	99850

Período: 27/02/2018 00:26 - 27/02/2018 00:28

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

Prioridade:

Cor:

~~NAO URGENTE~~ VERDE

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM QUEIXAS DE DOR EM ABDOMEN HÁ 01 DIA. NEGA VÔMITOS E FEBRE. PACIENTE REFERE DOR EM ABDOMEN APÓS ACIDENTE COM CARROÇA.

Observação:

NEGA ALERGIAS/ HAS/ DM.

Forma sintoma:

ENCAMINHADO DO HOPS TRICENTENÁRIO COM SENHA 5371999.

Diagnóstico(es):

DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS

Especialidade:

- DOR LEVE (1-3/10)

- ENJÓO OU RELATO DE VÔMITO E/OU DIARRÉIA

CIRURGIA GERAL

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 86.00 BPM

- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG

- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 95.00 %

Enfermeiro

REVISADO
NEP HMA

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

Data Impressão: 27/02/2018 00:28

Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





MIGUEL ARRAS

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

REG-112731

NAME: Wanda Wanda LETTO: 1 MEDICINE: 1

100

DATA ALADA	669862
------------	--------

DATA/HORA

87149118

91

$E_{\text{MTC}} = 1.0 \times 10^{-2}$ TAF

(2) 11580

6

USO TAZOCIN Dg, 500mg

702-210-000

End of page 101

A. C. Co. Nizkor.

• August 10 CA. 202
HED, 1000

VIETNAM 1978-1979

Diebstahl

[illegible]

No. 100	100 B 1000000	1000000
---------	---------------	---------

11 - 7 ADD ALBINO, SI ADAMS:

[illegible]

08-12-75
range from 6 days

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

2022/11/20

$\frac{1}{2} \times 8 = 4$

1000

5

--

[illegible]

100

11

—

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 15:53:14
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100815531470100000067922684>
 Número do documento: 20100815531470100000067922684

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Maurício Gregório dos Santos REG: 112731
CLÍNICA: Cirurgia ENFERMAGEM: LEITO: 48-04

DATA/HORA	#CC#
10/03/18	• 500 g • HD: ① 7º DPO de LE + enterostomia + ileostomia + FM + TC ② 10º DPO de LE + saída de ileo + LC na a. haurina abdo- minal fechado com hemostático - Achado 1: líquido turvo e vazamento de saída de delgado. - Achado 2: grande quantidade de fezes nos 4 quadrantes, saída de mesentério e ileo. • DE: DPA: 120x60 / 130x70 / 120x70 / 130x80 Dextro: 110 (2h) / 149 (8h). DURA: 130mm FC: 80-92bpm / FR: 18-20rpm. Sintomas: ileostomia: 800ml/24h. • IS: Paciente segue melhor clínica. segue bem no ileostomia. Nega outras queixas. • EF: EGB consciente, orientado, normoalado, hidratado, aguilão ao toque. - AR: MVA em AHT, SIRA FR: 24rpm. - ACV: RCR em RT, RNEA/S FC: 96bpm. - Abd: Blando, depressível, indolor, RHA+ - Ileostomia: saída de fezes pastosas. • CD: ① Monitorar HTA, glicemia, monitorar (10 a 14h).

Dra. Bruna Vespasiano

Dr. Felipe Machado
Médico
CRM 2596

+ Médico
assistente





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÃO CLÍNICA



NOME: Mauro de Carvalho dos Santos REG: 112731
CLÍNICA: ENFERMAGEM LETO: 913-4

DATA/HORA	SIGLA	# CGL
09/03/18	# HD: A) 6º DPO LE + antibacteriana, digoxina + diuretica + fisioterapia + TC	
8h	a) 9º DPO LE + sonda de SGO + LC, snc. traqueal eletrônica, fixada cl. traqueostomia	
	• Atividade: Sonda gástrica de 140 cm e quadrado, snc. de sonda e de 140	
	• Atividade: lig. lúmen, sngmento de 140 cm de digestão	
	# Enusa: Pipa - sng DPO + Sngmentes	
	# DE: PA/130 120 180 180 414/43-95/95-93	
	130 130 80 90 40/100/90	
	Feço 1800/24h Diurese 900 ml/24h	
	# Presc: sng gástrica, Balão snc. traqueostomia, snc. eletrônica	
	# EF: ECG normal, oximétrico, hidratação	
	# KVP: em 24, BNF 24 F.C. 100	
	AR: MVD em 24, BNF 24 F.C. 24	
	Ass: plano de cuidados, insuflação, BHAID	
	Monitoria: cl. sonda de SGO gástrica, cl. traqueostomia e de 140	
	* CP: Respiração direta	
	• Mantida: AB, snc. DPO	
	Suplementação Coml	
	CRN 9781	



Miguel Arraiz



CLIP

[illegible]

EVOLUÇÃO CÊNICA

NOME: Maurício Gasparino REG: 612 231
 ENDERECO: _____ LETTO: _____
 CLINICA: _____ ENFERMAGEM: _____

[illegible]

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 980442

Nome: Maurício Orestiano dos Santos

Foi atendido às 21:25 hs do dia 25 / 02 / 18

Diagnóstico Provável: Trauma

Paciente refere que foi atropelado enquanto
impulsava carrinho

Tratamento Realizado: R-x e sintomáticos

Observação: _____

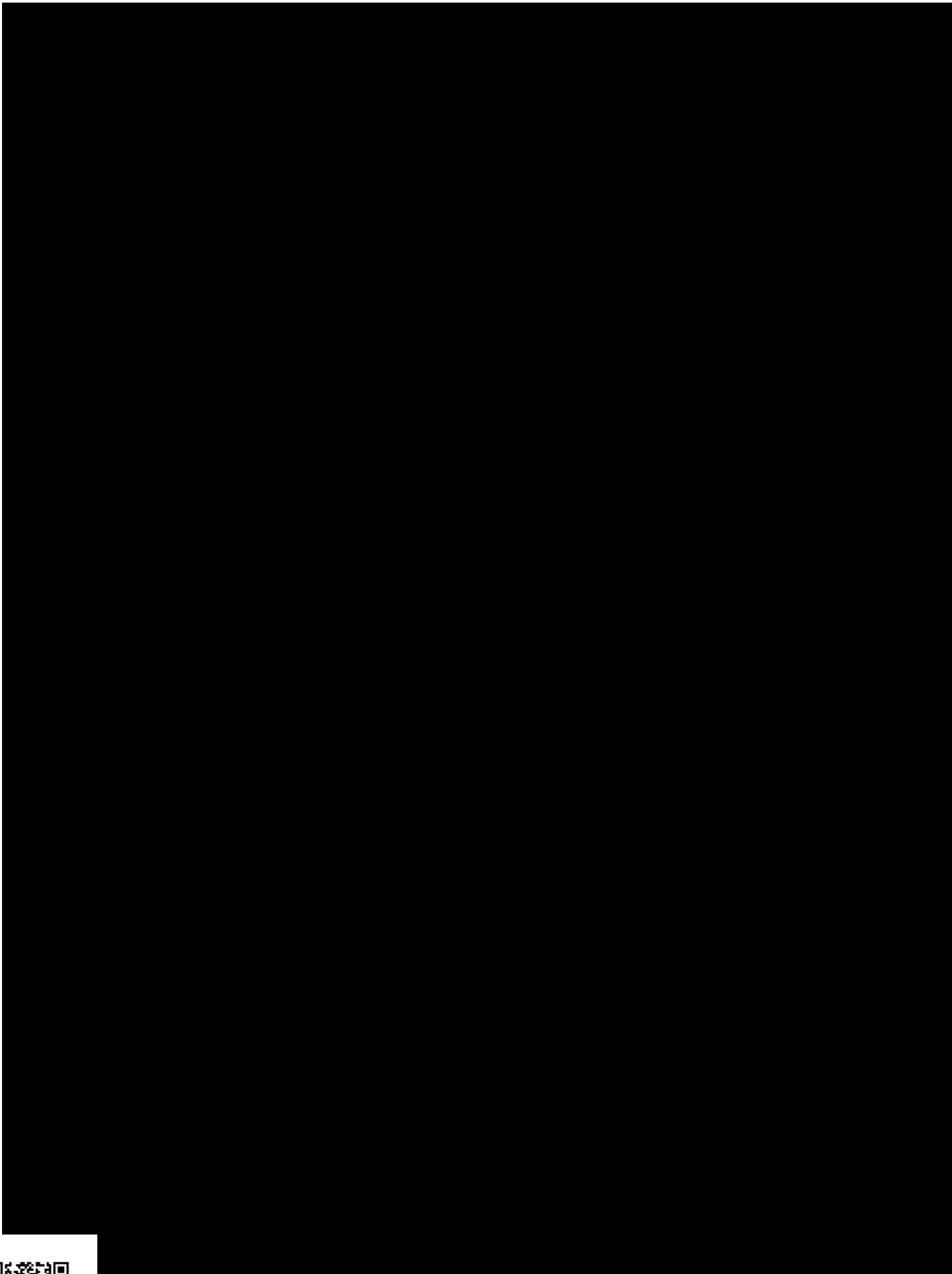
Cópia de: _____

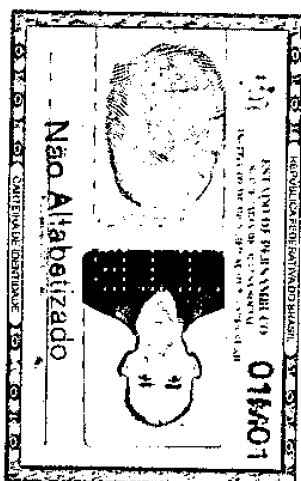
Almeida Gomes dos Santos
2018/02/25
Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 09039744/0005-18 TEL: (81) 3184-4255







Documentos de identificação



4.161.633	03/09/2010
<< MAURILIO ESPICILIANO DOS SANTOS >>	
<< >>	
<< MARIA BALEINA DA CONCEIÇÃO >>	
NULLINGU - PB	12/10/1961
<< CN 1827 L3A F31 CART DE NULLINGU -	
PB 17.10.1979 >>	
795.867.514-20	



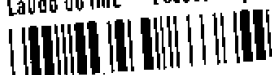


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGOPJ – GPRM – 8ª DESEC
DELEGACIA DA 32ª CIRCUNSCRIÇÃO - JANGA

Paulista, 09 de abril de 2018.

Ofício nº 357/2018.

Lauda do IML - Lesões corpor.



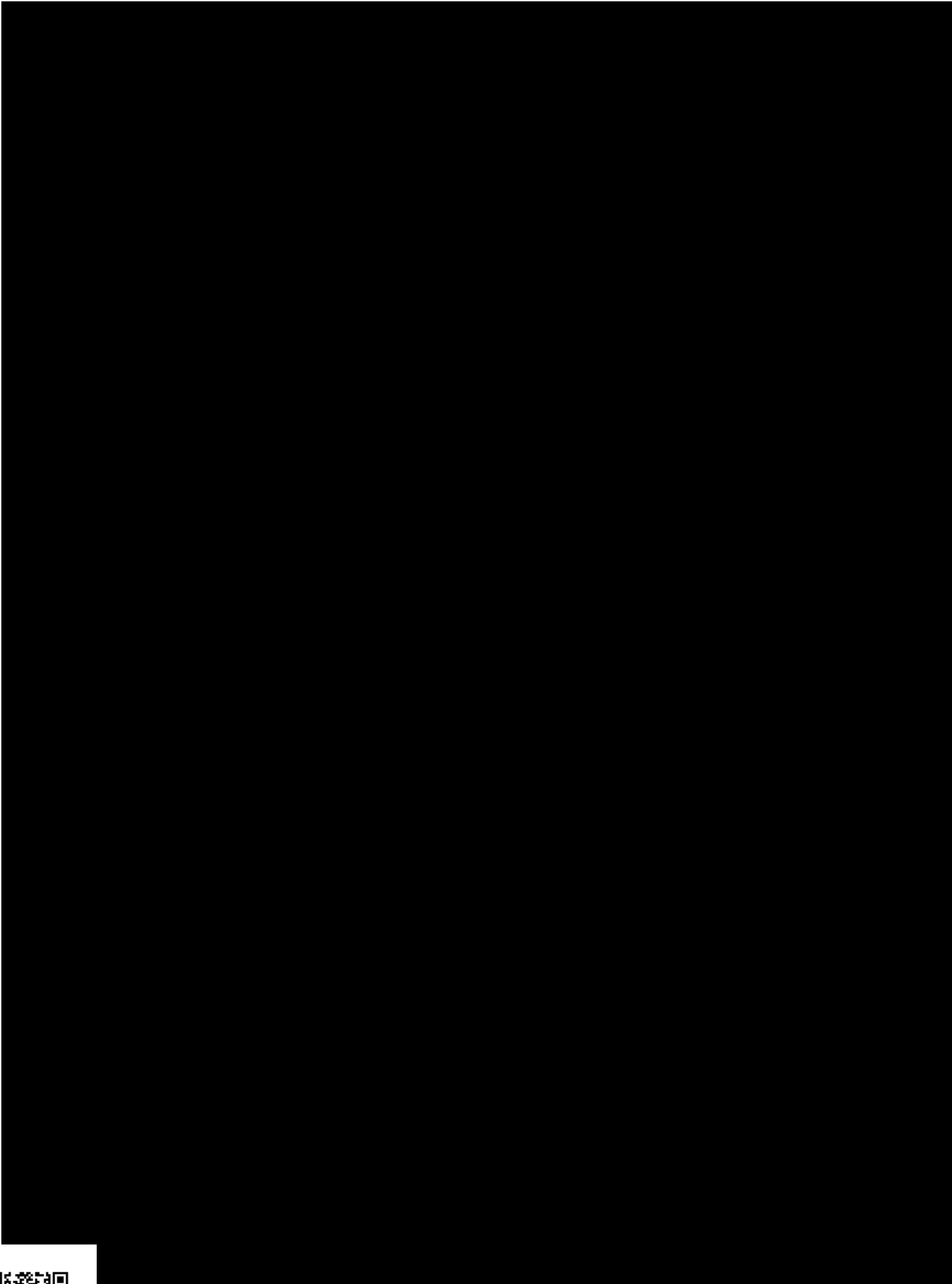
Senhor Diretor

Cumprimentando-o cordialmente, venho através do presente solicitar os bons préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de ser procedido ao competente EXAME TRAUMATOLOGICO, na pessoa abaixo descrita:

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS- RG Nº 4.161.633-SDS/PE, brasileiro, convive em união estável, aposentado, nascido aos 12.10.1961, natural de Mulungu-PB, filho de Pai Não Declarado e Maria Balbina da Conceição, residente na Rua Nossa Senhora Aparecida, nº 77, Janga, Paulista/PE.

- Quesitos: 1. Após a análise das provas contidas nos autos e do exame médico legal, foi identificado algum dano à saúde do(a) periciado(a)? Especifique.
2. Se houve dano, qual o meio ou instrumento que o provocou, de acordo com os documentos submetidos à perícia? Especifique.
3. Do dano resultou perda ou diminuição de sentido, membro ou função? Especifique.
4. Da análise dos documentos submetidos à perícia, associada ao exame pericial do(a) periciado(a), existe nexo causal e/ou temporal com a notícia-crime? Especifique.
5. Da análise dos documentos submetidos à perícia e/ou do exame pericial, existe alguma concausa preexistente, concomitante ou superveniente? Especifique.
6. Se positiva, esta concausa contribui para o surgimento do dano? Especifique.
7. As condições anteriores de saúde do periciado(a) (físicas e/ou psíquicas) contribuíram para a ocorrência do dano? Justifique.
8. O dano contribui para o agravamento do estado anterior do(a) periciado(a)?
9. O dano resultou de uma forma anômala ou inadequada do profissional, contrária à prática médica convencionalmente aceita? Justifique.
10. O dano exteriorizou alguma patologia latente? Especifique.
11. As condições de trabalho do profissional contribuíram para a ocorrência do dano? Justifique.
12. O dano resultou em incapacidade permanente ou temporária para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente? Especifique.
13. O dano resultou prejuízo estético? Especifique.
14. Existe um quadro doloso crônico decorrente do dano? Especifique.
15. Houve necessidade de exames complementares para o esclarecimento dessa perícia? Se positivo, qual(is) e o(s) resultado(s).
16. Baseando-se na literatura médica, existe a previsibilidade de o dano decorrer do tratamento realizado? Justifique.
17. O tratamento proposto foi adequado para o diagnóstico firmado?
18. Do ponto de vista médico-legal, há necessidade de perícia complementar? Justifique.





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180494728

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Data do acidente: 25/02/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL.

Descrição do exame físico: EGB, DEAMBULA LENTAMENTE, APRESENTA ABDOME GLOBOSO, LEVEMENTE DISTENDIDO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA COM ABDOME GLOBOSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS ABDOMINAIS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTÔNOMICA E/OU DIGESTIVA.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 25/02/18 CPF DA VÍTIMA 796.867.634-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 4-161-633
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM
 A VÍTIMA É MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
 ENDEREÇO DO PORTADOR AV NOSSA SRA APARECIDA
 Nº 77 COMPLEMENTO case BAIRRO JANGA
 CIDADE PAULISTA UF PE CEP 53.400-000
 E-MAIL TELEFONE (11) 98544-6629

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS:

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☒ NÃO
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ OUTROS DOCUMENTOS:

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/10/2018

IDENTIDADE 4-161-633

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 10/10/18 MATR. CORREIOS 6788554

NOME Alex Riage Brito de Oliveira

ASSINATURA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF: 796.867.614-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
CPF: 796.867.614-20

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: ERIKA LETICIA OLIVEIRA DE SOUSA MAXIMINO
CPF: 116.111.147-64

ERIKA LETICIA OLIVEIRA DE SOUSA MAXIMINO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Número do Sinistro: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF: 796.867.614-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO
DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019

Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF: 796.867.614-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS

CPF: 130.358.237-66

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

LUIZ FELIPE DOMINGOS



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180494728 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 79686761420

Posição em 23-11-2018 11:34:13

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	
→ Outros	Vítima	Não Conforme	
→ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
→ Comprovante de residência <i>NENHUM</i>	Beneficiário	Não Conforme	MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

RECEBIDO
26 FEV 2019
Seguradora Líder DPVAT

DE SEUS CRIAT

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/11/2018	Exigência Documental	
06/11/2018	Aviso de Sinistro	



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.480.346 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/03/2015

NOME << CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA >>

FILIAÇÃO <<>>
<< MARIA JOSÉ DOS SANTOS >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
MULUNGU - PB 27/07/1976

DOC.ORIGEM << CC 7497 L 62 F 245 CART 1º DIST
PAULISTA-PE 02.05.1997 >>

CPE

DE Jurella S. P. Cordeiro S. D. R.
Delegado de Polícia - IFTB

ASSINATURA DO DIRTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/02/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL

EC-2

Cileide José Santos de França

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
898.701.234-49

Nome
CILEIDE JOSE SANTOS DE FRANÇA

Nascimento
27/07/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.452.643 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/04/2012

NOME << NICOLAS CALDAS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << FLAVIO CALDAS DE FRANÇA >>
<< CILEIDE JOSÉ SANTOS DE FRANÇA >>

NATURALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 08/04/1999

DOC ORIGEM << CN 12.014 L "A" 29 F-08 CART. 39
DIST. JUD. PAULISTA-PE 02.08.1999 >>

CPF

ASSINADO ELETRONICAMENTE

LE: NP7116 DE 90063 149 03300 312

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

E02M01

ROSTRO DIREITO

NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
050.002.494-45

Nome
NICOLAS CALDAS DOS SANTOS

Nascimento
08/04/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 16.030.932/0001-58 (Insc. Est. 0005943-93) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO SOCORRO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV GILBERTO FREIRE 154 QUADRA C 3

CPF: 233.135.104-00
CLASSIFICAÇÃO

JANGA/JANGA
PAULISTA PE
53439-155

BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

COMPARTILHADO

RESUMO

Nº DA NOTA FISCAL: 1241805014
SÉRIE: 12/2018
Nº DE CONTAGEM: 02/01/2019
Nº DE CLIENTE: 21/01/2019
Nº DE INSTALAÇÃO: 2338415

1241805014 12/2018
02/01/2019 21/01/2019
TOTAL A PAGAR: 101,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	123,0000000	0,73875354	90,86
Atendimento Bandeira AMARELA			0,50
Contribuição Pública Municipal			9,50
ICMS Subvenção-ICMS-NF 036/13464-234/018			0,72

TOTAL DA FAIXA

101,84

PERÍODO	TIPO DA FAIXA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/18	C-1	56.719 kWh	56.472 kWh	30	1,0000		123,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA FAIXA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/18	C-1	56.719 kWh	56.472 kWh	30	1,0000		123,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	TIPO DA FAIXA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
01/01/18	C-1	56.719 kWh	56.472 kWh	30	1,0000		123,00

RECEBIMENTO FISCAL
RECEBIMENTO FISCAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pagamento de energia elétrica por meio de boleto bancário é realizado através do sistema de cobrança de energia elétrica da Companhia Energética de Pernambuco. O boleto bancário é emitido em nome do cliente e deve ser pago até o vencimento. O cliente pode optar por pagar a energia elétrica em dinheiro ou por meio de cartão de crédito. O cliente deve optar por uma das opções de pagamento antes do vencimento do boleto bancário. O cliente pode consultar o valor devido no site da Companhia Energética de Pernambuco ou no aplicativo Celpe. O cliente deve manter o endereço cadastrado atualizado para receber o boleto bancário e o aplicativo Celpe.

Atenção: O cliente deve manter o endereço cadastrado atualizado para receber o boleto bancário e o aplicativo Celpe. O cliente deve manter o endereço cadastrado atualizado para receber o boleto bancário e o aplicativo Celpe.

COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE MARIA DE SAUTIVA BARBOSA
ASSINOU A ROLHA DA VITIMA.





Terço Social de Energia Elétrica: Códice pelo LAL 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL Nº 7001914469 CONTRA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.827/0001-06 | Insc. Est. 0072903-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE RONALDO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV N SA REPUBLICA ITA

CPF 818 805 434-53

JANUÁRIA/2016
PAULISTA PE
55400-000

CLASSIFICAÇÃO
R1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

INSCRIÇÃO FISCAL
007319181
NOME
LIMCA
Data de emissão
20/07/2016
Data de validade
20/07/2016
Número de cliente
2010320652
Número de instalação
2341882

CONTA CONTRATO
7001914469
MÊS/ANO
07/2016
DATA DE VENCIMENTO
27/07/2016
DATA DE VENCIMENTO
19/08/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)
14,79

GESTÃO DA NOTA FISCAL

CONSÓCIO ABRA (N/A)
Multa por atraso NF 007358827 - 20/06/16
Juros por atraso NF 007358827 - 20/06/16

TOTAL DA FATURA

14,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTIFICADA

ÍNDICE	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
313000012	CAI	20/07/2016	19/06/2016	19/06/2016	20/07/2016	19/07/2016	19/07/2016	31	1,0000		0,00

ANEXO 1 - DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DATA NOTIFICADA

ÍNDICE	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
313000012	CAI	20/07/2016	19/06/2016	19/06/2016	20/07/2016	19/07/2016	19/07/2016	31	1,0000		0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
A Nota Fiscal é emitida e enviada por meio eletrônico, não havendo necessidade de emissão de documento físico. O cliente deve manter a Nota Fiscal em seu sistema de arquivos, para fins de controle e consulta.

COMPROVANTE ENDEREÇO DE NICOLAS CALDAS DOS SANTOS





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 2004/02
NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Insc. Est. 0605943-88 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOSE RONALDO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. N. S. A. 111, A. 11 A

CPF: 810.805.434-53

JANGA/JANGA
FAULISTA, PE
53400-000

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONOFÁSICA

Nº DA NOTA FISCAL
007908181

DATA
07/07/2016

ENTRADA EM USO
20/07/2010

AFRASCAMENTO
20/07/2016

Nº DO CLIENTE
2010300852

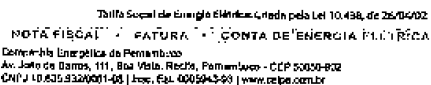
Nº DA PRESTAÇÃO
2341892

7001814469	07/2016
DATA DE VENCIMENTO 27/07/2016	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA 18/08/2016
TOTAL A PAGAR (R\$) 14,79	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,49373450	14,81
Multa por atraso - R\$ 0,02588977 - 2008/18			0,77
Juros por atraso - R\$ 0,02356877 - 2008/18			0,21
TOTAL DA FATURA			15,79

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	Tipo DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
31299818	CEL	06/07/2016	434,00	464,00	06/07/2016	464,00	464,00	31	30,00

HISTÓRICO DE CONSUMO			
DATA	VALOR	DATA	VALOR
ABR 16	30	MAI 16	30
MAY 16	30	JUN 16	30
JUN 16	30	JUL 16	30
JUL 16	30	AUG 16	30
AUG 16	30	SET 16	30
SET 16	30	OCT 16	30
OCT 16	30	NOV 16	30
NOV 16	30	DEZ 16	30
DEZ 16	30	JAN 17	30
JAN 17	30	FEB 17	30
FEB 17	30	MAR 17	30
MAR 17	30	ABR 17	30
ABR 17	30	MAY 17	30
MAY 17	30	JUN 17	30
JUN 17	30	JUL 17	30
JUL 17	30	AUG 17	30
AUG 17	30	SET 17	30
SET 17	30	OCT 17	30
OCT 17	30	NOV 17	30
NOV 17	30	DEZ 17	30
DEZ 17	30	JAN 18	30
JAN 18	30	FEB 18	30
FEB 18	30	MAR 18	30
MAR 18	30	ABR 18	30
ABR 18	30	MAY 18	30
MAY 18	30	JUN 18	30
JUN 18	30	JUL 18	30
JUL 18	30	AUG 18	30
AUG 18	30	SET 18	30
SET 18	30	OCT 18	30
OCT 18	30	NOV 18	30
NOV 18	30	DEZ 18	30
DEZ 18	30	JAN 19	30
JAN 19	30	FEB 19	30
FEB 19	30	MAR 19	30
MAR 19	30	ABR 19	30
ABR 19	30	MAY 19	30
MAY 19	30	JUN 19	30
JUN 19	30	JUL 19	30
JUL 19	30	AUG 19	30
AUG 19	30	SET 19	30
SET 19	30	OCT 19	30
OCT 19	30	NOV 19	30
NOV 19	30	DEZ 19	30
DEZ 19	30	JAN 20	30
JAN 20	30	FEB 20	30
FEB 20	30	MAR 20	30
MAR 20	30	ABR 20	30
ABR 20	30	MAY 20	30
MAY 20	30	JUN 20	30
JUN 20	30	JUL 20	30
JUL 20	30	AUG 20	30
AUG 20	30	SET 20	30
SET 20	30	OCT 20	30
OCT 20	30	NOV 20	30
NOV 20	30	DEZ 20	30
DEZ 20	30	JAN 21	30
JAN 21	30	FEB 21	30
FEB 21	30	MAR 21	30
MAR 21	30	ABR 21	30
ABR 21	30	MAY 21	30
MAY 21	30	JUN 21	30
JUN 21	30	JUL 21	30
JUL 21	30	AUG 21	30
AUG 21	30	SET 21	30
SET 21	30	OCT 21	30
OCT 21	30	NOV 21	30
NOV 21	30	DEZ 21	30
DEZ 21	30	JAN 22	30
JAN 22	30	FEB 22	30
FEB 22	30	MAR 22	30
MAR 22	30	ABR 22	30
ABR 22	30	MAY 22	30
MAY 22	30	JUN 22	30
JUN 22	30	JUL 22	30
JUL 22	30	AUG 22	30
AUG 22	30	SET 22	30
SET 22	30	OCT 22	30
OCT 22	30	NOV 22	30
NOV 22	30	DEZ 22	30
DEZ 22	30	JAN 23	30
JAN 23	30	FEB 23	30
FEB 23	30	MAR 23	30
MAR 23	30	ABR 23	30
ABR 23	30	MAY 23	30
MAY 23	30	JUN 23	30
JUN 23	30	JUL 23	30
JUL 23	30	AUG 23	30
AUG 23	30	SET 23	30
SET 23	30	OCT 23	30
OCT 23	30	NOV 23	30
NOV 23	30	DEZ 23	30
DEZ 23	30	JAN 24	30
JAN 24	30	FEB 24	30
FEB 24	30	MAR 24	30
MAR 24	30	ABR 24	30
ABR 24	30	MAY 24	30
MAY 24	30	JUN 24	30
JUN 24	30	JUL 24	30
JUL 24	30	AUG 24	30
AUG 24	30	SET 24	30
SET 24	30	OCT 24	30
OCT 24	30	NOV 24	30
NOV 24	30	DEZ 24	30
DEZ 24	30	JAN 25	30
JAN 25	30	FEB 25	30
FEB 25	30	MAR 25	30
MAR 25	30	ABR 25	30
ABR 25	30	MAY 25	30
MAY 25	30	JUN 25	30
JUN 25	30	JUL 25	30
JUL 25	30	AUG 25	30
AUG 25	30	SET 25	30
SET 25	30	OCT 25	30
OCT 25	30	NOV 25	30
NOV 25	30	DEZ 25	30
DEZ 25	30	JAN 26	30
JAN 26	30	FEB 26	30
FEB 26	30	MAR 26	30
MAR 26	30	ABR 26	30
ABR 26	30	MAY 26	30
MAY 26	30	JUN 26	30
JUN 26	30	JUL 26	30
JUL 26	30	AUG 26	30
AUG 26	30	SET 26	30
SET 26	30	OCT 26	30
OCT 26	30	NOV 26	30
NOV 26	30	DEZ 26	30
DEZ 26	30	JAN 27	30
JAN 27	30	FEB 27	30
FEB 27	30	MAR 27	30
MAR 27	30	ABR 27	30
ABR 27	30	MAY 27	30
MAY 27	30	JUN 27	30
JUN 27	30	JUL 27	30
JUL 27	30	AUG 27	30
AUG 27	30	SET 27	30
SET 27	30	OCT 27	30
OCT 27	30	NOV 27	30
NOV 27	30	DEZ 27	30
DEZ 27	30	JAN 28	30
JAN 28	30	FEB 28	30
FEB 28	30	MAR 28	30
MAR 28	30	ABR 28	30
ABR 28	30	MAY 28	30
MAY 28	30	JUN 28	30
JUN 28	30	JUL 28	30
JUL 28	30	AUG 28	30
AUG 28	30	SET 28	30
SET 28	30	OCT 28	30
OCT 28	30	NOV 28	30
NOV 28	30	DEZ 28	30
DEZ 28	30	JAN 29	30
JAN 29	30	FEB 29	30
FEB 29	30	MAR 29	30
MAR 29	30	ABR 29	30
ABR 29	30	MAY 29	30
MAY 29	30	JUN 29	30
JUN 29	30	JUL 29	30
JUL 29	30	AUG 29	30
AUG 29	30	SET 29	30
SET 29	30	OCT 29	30
OCT 29	30	NOV 29	30
NOV 29	30	DEZ 29	30
DEZ 29	30	JAN 30	30
JAN 30	30	FEB 30	30
FEB 30	30	MAR 30	30
MAR 30	30	ABR 30	30
ABR 30	30	MAY 30	30
MAY 30	30	JUN 30	30
JUN 30	30	JUL 30	30
JUL 30	30	AUG 30	30
AUG 30	30	SET 30	30
SET 30	30	OCT 30	30
OCT 30	30	NOV 30	30
NOV 30	30	DEZ 30	30
DEZ 30	30	JAN 31	30
JAN 31	30	FEB 31	30
FEB 31	30	MAR 31	30
MAR 31	30	ABR 31	30
ABR 31	30	MAY 31	30
MAY 31	30	JUN 31	30
JUN 31	30	JUL 31	30
JUL 31	30	AUG 31	30
AUG 31	30	SET 31	30
SET 31	30	OCT 31	30
OCT 31	30	NOV 31	30
NOV 31	30	DEZ 31	30
DEZ 31	30	JAN 32	30
JAN 32	30	FEB 32	30
FEB 32	30	MAR 32	30
MAR 32	30	ABR 32	30
ABR 32	30	MAY 32	30
MAY 32	30	JUN 32	30
JUN 32	30	JUL 32	30
JUL 32	30	AUG 32	30
AUG 32	30	SET 32	30
SET 32	30	OCT 32	30
OCT 32	30	NOV 32	30
NOV 32	30	DEZ 32	30
DEZ 32	30	JAN 33	30
JAN 33	30	FEB 33	30
FEB 33	30	MAR 33	30
MAR 33	30	ABR 33	30
ABR 33	30	MAY 33	30
MAY 33	30	JUN 33	30
JUN 33	30	JUL 33	30
JUL 33	30	AUG 33	30
AUG 33	30	SET 33	30
SET 33	30	OCT 33	30
OCT 33	30	NOV 33	30
NOV 33	30	DEZ 33	30
DEZ 33	30	JAN 34	30
JAN 34	30	FEB 34	30
FEB 34	30	MAR 34	30
MAR 34	30	ABR 34	30
ABR 34	30	MAY 34	30
MAY 34	30	JUN 34	30
JUN 34	30	JUL 34	30
JUL 34	30	AUG 34	30
AUG 34	30	SET 34	30
SET 34	30	OCT 34	30
OCT 34	30	NOV 34	30
NOV 34	30	DEZ 34	30
DEZ 34	30	JAN 35	30
JAN 35	30	FEB 35	30
FEB 35	30	MAR 35	30
MAR 35	30	ABR 35	30
ABR 35	30	MAY 35	30
MAY 35	30	JUN 35	30
JUN 35	30	JUL 35	30
JUL 35	30	AUG 35	30
AUG 35	30	SET 35	30
SET 35	30	OCT 35	30
OCT 35	30	NOV 35	30
NOV 35	30	DEZ 35	30
DEZ 35	30	JAN 36	30
JAN 36	30	FEB 36	30
FEB 36	30	MAR 36	30
MAR 36	30	ABR 36	30
ABR 36	30	MAY 36	30
MAY 36	30	JUN 36	30
JUN 36	30	JUL 36	30
JUL 36	30	AUG 36	30
AUG 36	30	SET 36	30
SET 36	30	OCT 36	30
OCT 36	30	NOV 36	30
NOV 36	30	DEZ 36	30
DEZ 36	30	JAN 37	30
JAN 37	30	FEB 37	30
FEB 37	30	MAR 37	30
MAR 37	30	ABR 37	30
ABR 37	30	MAY 37	30
MAY 37	30	JUN 37	30
JUN 37	30	JUL 37	30
JUL 37	30	AUG 37	30
AUG 37	30	SET 37	30
SET 37	30	OCT 37	30
OCT 37	30	NOV 37	30
NOV 37	30	DEZ 37	30
DEZ 37	30	JAN 38	30
JAN 38	30	FEB 38	30
FEB 38	30	MAR 38	30
MAR 38	30	ABR 38	30
ABR 38	30	MAY 38	30
MAY 38	30	JUN 38	30
JUN 38	30	JUL 38	30
JUL 38	30	AUG 38	30
AUG 38	30	SET 38	30
SET 38	30	OCT 38	30
OCT 38	30	NOV 38	30
NOV 38	30	DEZ 38	30
DEZ 38	30	JAN 39	30
JAN 39	30	FEB 39	30
FEB 39	30	MAR 39	30
MAR 39	30	ABR 39	30
ABR 39	30	MAY 39	30
MAY 39	30	JUN 39	30
JUN 39	30	JUL 39	30
JUL 39	30	AUG 39	30
AUG 39	30	SET 39	30
SET 39	30	OCT 39	30
OCT 39	30	NOV 39	30
NOV 39	30	DEZ 39	30
DEZ 39	30	JAN 40	30
JAN 40	30	FEB 40	30
FEB 40	30	MAR 40	30
MAR 40	30	ABR 40	30
ABR 40	30	MAY 40	30
MAY 40	30	JUN 40	30
JUN 40	30	JUL 40	30
JUL 40	30	AUG 40	30
AUG 40	30	SET 40	30
SET 40	30	OCT 40	30
OCT 40	30	NOV 40	30
NOV 40	30	DEZ 40	30
DEZ 40	30	JAN 41	



DATA ON FILE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

MAURILIO GRAÇILIANO DOS SANTOS

AVN 54 N-4 RECIDA 77

CPF 790 867 514-20 NIS 12458870148

JONGAYANGA,
PAULISTA DE
\$3400-000

CLASSIFICATION

BI RESIDENCIAL
BANK RENDIA ASSIST SOCIAL CONTINUA

CONTA CONTRATO _____ MEXIANO _____

Nº GABINETAL	SEDE	Emissão
044033323	UNICA	27/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE

DATA DE VENCIMENTO: 09/01/2019
DATA PRE-VISTA IN COMPLETAMENTO: 21/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$):

02/01/2019	2011253475	23*1959
------------	------------	---------

5,70

DECEMBER 04 1967 - FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo Anual de 30-150W	50.0000000	0,1841275	
Arquitetura Bando de 4444444			
4444444 por 4444444 4444444 21/11/18			
4444444 por 4444444 4444444 21/11/18			
4444444 por 4444444 4444444 21/11/18			

TOTAL DA FATURA				5,70
-----------------	--	--	--	------

RESPONSÁVEL PELA DE CONTABILIDADE GERAL DA ESCOLA									
Nº DO MATERIAL	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (LITROS)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
25-50-50	CAT	25-1-50	2,00	25-1-50	2,00	20	1,00000		0,20

[illegible]

... ..

[illegible]

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

HORA DE ~~REUNION~~

101 052075

LOCALIDADE: PAULISTA

AG. VINCI ADA

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DELE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VA: OR DO PAGAMENTO: ~~500~~

838100000000 057000:100/1
006246312106 205215509033

004-332370331-8

19 Y10



RECIFE - PE

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1221728054

NOME
VALDEMAR BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / CNH EMISSOR / UF
4291098 REC PE

CPF
R18.665.354-34

DATA NASCIMENTO
04/09/1974

RELAÇÃO

VALDEMAR BARBOSA

BARBOSA

MARIA DO SOCORRO DOS
SANTOS

POSSESSÃO

REC

CAT. RAB

0

00797196277

02/10/2019

30/09/1994

OBSERVAÇÃO

REC OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

22/02/2016

60170454555

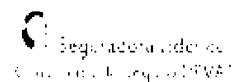
PE071599754

PRIMEIRO PLASTIFICADO

1221728054



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383295/18

Número do Sinistro: 3180494728

Vítima: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF: 796.867.614-20

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS : 796.867.614-20

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019
Nome: MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS
CPF: 796.867.614-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019
Nome: LUIZ FELIPE DOMINGOS
CPF: 130.358.237-66

MAURILIO GRACILIANO DOS SANTOS

LUIZ FELIPE DOMINGOS

