

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428160

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428160

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELIO FERREIRA DE MOURA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURILIO MARIANO PAIXAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428160

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HELIO FERREIRA DE MOURA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURILIO MARIANO PAIXAO

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MAURILIO MARIANO PAIXAO**

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

Banco: **033**

Agência: **000003090**

Conta: **000001053963-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 105 074 204 - 46 Nome completo da vítima: MAURILIO MARIANO PAIXÃO

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

Nome completo: MAURILIO MARIANO PAIXÃO CPF: 105 074 204 - 46

Profissão: VENDEDOUR Endereço: RUA ESCADA Número: 536 Complemento: CASA

Bairro: BOA VISTA II Cidade: CAUARY Estado: PE CEP: 55

E-mail: bel@monna.com.br Tel (DDD): (81) 99410822

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3090 CONTA: 01053963 9

(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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Entou 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: CAUARY, 9/11/18

Nome: MAURILIO MARIANO PAIXÃO

CPF: 105 074 204 - 46

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

x Maurilio Mariano Paixão

Assinatura da vítima/beneficiário (se presente)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

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

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

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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0179000974**

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

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

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

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

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

05.802.494/000143
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

17/04/2019

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

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

Complemento / Observação

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

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

Maurílio Mariano Paixão
MAURÍLIO MARIANO PAIXÃO
(VÍTIMA)

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15.11.2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 105 074 204 - 46 CPF da vítima: 105 074 204 - 46 Nome completo da vítima: MAURILIO MARIANO PAIXÃO

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

Nome completo: MAURILIO MARIANO PAIXÃO CPF: 105 074 204 - 46

Profissão: VENDEDOUR Endereço: RUA ESCADA Número: 536 Complemento: CASA

Bairro: BOA VISTA II Cidade: CAUARY Estado: PE CEP: 55

E-mail: bel@monna.com.br Tel (DDD): (81) 99410822

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$8.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3090 CONTA: 01053963 9

(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 (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Entou 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.

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: CAUARY, 9/11/18

Nome: MAURILIO MARIANO PAIXÃO

CPF: 105 074 204 - 46

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Maurilio Mariano Paixão

Assinatura da vítima/beneficiário (se presente)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: 05.802.494/0001-41

CPF: TRACÃO CORRETORA

Assinatura: DE SEGUROS LTDA

2ª Nome: 15 JUL 2019

CPF: Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL

Assinatura: Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURILIO MARIANO PAIXAO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03090

CONTA: 000001053963-9

Nr. da Autenticação 45E6A6E72A52B438



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MAURILIO MARIANO PAIXAO**
Data Nascimento: 12/01/1991 Idade: 27 Anos, 2 Meses e 28 Dias
Sexo: Masculino

Atendimento: 01099793
Prontuário: 00237413
Senha N.º: **0214**

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

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação: NEGA DIA E HAS
NEGA ALERGIAS

AFERIÇÃO:

Peso:	Altura:	Temperatura: TEMP.: 36,5 °C
P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG	P.A Diastólica: PAD: 90 MMHG	Freq. Cardíaca:
Freq. Respiratória: FR: 12 BPM	HGT:	

QPD / RDA:

DOR EM OMBRO E ETNZ ESQ

Exame Físico:

DOR + EDEMA

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA DE CLAVICULA E TNZ ESQ

Conduta:

TALA+ AO HRA

Evolução:

Ass. de Médico
Dr(a): **MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA** 05.802.494/0001-41
CRM - 19148 TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

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

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1394249285

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



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

DADOS DO CLIENTE MARIA DO SOCORRO DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 01/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 21/06/2019	CONTA CONTRATO 0884656036
ENDEREÇO RUA ESCADA 536 -BOA VISTA II/CARUARU -55038-520 CARUARU PE	TOTAL A PAGAR R\$ 150,67	DATA DA APRESENTAÇÃO 21/06/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 23/05/2019 a 21/06/2019	CONSUMO 153	NÚMERO DA NOTA FISCAL 066917834	
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 28,53			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

Trilla Social de Energía Eléctrica: Oferta por la Ley 10.435, de 26/04/00



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELETRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50065-000
CNPJ nº 06.947.000/0001-03 | Internet: www.cepel.com.br | cep@cepel.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA ADELINO DE MOURA

CPF 485 372 977-60

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENTIAL
REFURBISH

ENTREGA DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEL. FRANCISCO DOS SANTOS 88

N SA DAS DOREBICARUARI
CARLIARI PE
#004-240

COPIA CONTRACT	REMARKS
0629967010	08/2019
SACK 1010000000	COPIES OF CONTRACT LETTER
27/08/2019	19/07/2019
TOTAL SUPPLIES 100	
	17.38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,05485458	1,65
		0,11
		0,59
		0,17
		0,14

Caramelo Alvo (MVA)
 Arborescência Bastarda MARFELA
 Mula por arado NF 058819214 - 15/04/19
 Jureta por arado NF 058819214 - 15/04/19
 Alavazagem CPMA NF 058819214 - 15/04/19

TOTAL DA FATURA

4120

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE COTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONTAS									
Nº DO MÓDULO	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	COMENTÁRIOS	AVALIAÇÃO	CONCLUSÃO (Nº)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7220	CAT	01/01/2010	01/01/2010	01/01/2010	01/01/2010	30			1000

REFERENCES

DATE	TIME	LOCATION	WIND	WAVE	SEA	WIND	WAVE	SEA
10/10/10	00	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	01	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	02	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	03	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	04	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	05	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	06	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	07	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	08	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	09	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	10	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	11	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	12	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	13	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	14	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	15	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	16	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	17	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	18	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	19	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	20	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	21	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	22	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	23	1000	10	10	10	10	10	10
10/10/10	24	1000	10	10	10	10	10	10

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Page 10 of 10

DISTRIBUIÇÃO E PRODUÇÃO DAS INTERMEDIADORAS					MONTES DO TRILHAO	
	CAVALHADA	VALORES PRODUZIDOS	VALORES RECEBIDOS	VALORES PAGOS	VALORES RECEBIDOS (R\$)	VALORES PAGOS (R\$)
DMC		2,50	6,87	10,15	20,30	
FAC		1,00	3,15	8,25	12,40	
EMER		2,00	3,50	5,00	5,00	
					37,70	27,70

Fonte: DMC (12/81)

86,33% - Valor do Transporte de Carga e Transporte de Intermediadora - 1986 R\$ 100

[illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JAN 2019

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221201 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DORORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Hélio Ferreira de Moura, inscrito (a) no CPF/CNPJ 627773949, 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maurilio Mariano Paiva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105 074 204, 46, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítim. Maurilio Mariano Paiva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105074204, 46, conform determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Ed. Francisco Santo</u>		Número <u>88</u>	Complemento <u>Torres</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Camamu</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55004-240</u>
Email <u>HelioMoura@hotmail.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 4105-9005</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99911-9158</u>

Camamu 22 de fevereiro de 2019
Local e Data

Hélio Ferreira de Moura
Assinatura do Declarante

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Januario Oliveira da Silva
RG nº 4 192 125, data de expedição 30/01/14
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 774-850-414-87
com domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Faria de Santana, Santa Rosa, nº 105
complemento Pav, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Maurilio Mariano Paixão, cujo o condutor era
Maurilio Mariano Paixão
Veículo: Motocicleta Modelo: honda/NXR160 BROS E Ano: 2011
Placa: PGV6309 Chassi: 9C2KD0810AR454365
Data do Acidente: 07/04/18

Local e Data: Caruaru, 03.04.19



Januario Oliveira da Silva
Assinatura do Declarante

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

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. ORRISON TORRES
E. dos Capangueiros, 12 - Bairro Serrinha das Ovelas - Caruaru/PE - CEP 53003-440 Fone: (51) 3792-0727 - Fax: (51) 3792-0728

Reconheço, por autenticidade a firma de **JANUARIO OLIVEIRA DA SILVA**, dou fé.
Selo: 0073718.YMP03201902.03111
Caruaru/PE, 04/04/2019 15:06:40. Em test. da verdade.
Neide Maria dos Santos
NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta
Emol: R\$ 3,59 - TSNR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 27
Cartório do 3º Ofício
Jéssica

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: **MAURILIO MARIANO PAIXAO**

Data Nascimento: 12/01/1991

Idade: 27 Anos, 2 Meses e 28 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01099793

Prontuário: 00237413

Senha N.º: **0214**

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

CLASSIFICAÇÃO:

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

Alergia:

Observação: NEGA DIA E HAS
NEGA ALERGIAS

AFERICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura: TEMP.: 36,5 °C

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 90 MMHG

Freq. Cardíaca:

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD / HDA:

DOR EM OMBRO E ETNZ ESQ

Exame Físico:

DOR + EDEMA

Exames complementares:

RX

HD:

FRATURA DE CLAVICULA E TNZ ESQ

Conduta:

TALA+ AO HRA

Evolução:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15.11.2019

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

RECIFE-PE

Radernach

AGRESTE

Prontuário: 316620

Religião:

CNS: 700006903518902

№ 536

Estado: PE

Profissão: AUTONOMO

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Pessoas que se aderem de modo
no os dias em que o poder ou People are a
Tropas de homens e.
me físico.

Exame Fisco

PA: FC: ☒ FR

Diagn. Provisorio:

Futures Fowls ~~to~~ ^{the} ~~triangle~~ ^{triangle} of
Futures Fowls ~~circle~~ ^{circle} ~~and~~ ^{and}

Dr. F. Amorim
Data: 08/05/2011
Cidade: PE
Quil: BA 23 km
Roteiro: 2011

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902, AL. C
Boa Vista - CEP 50.060-030
RECIFE-PE

Prescrição:

Dieta: _____

4 Data

Horário

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

10/07	Paciente em boas condições foi encaminhado a equipe de enfermagem para ser acompanhado, com IA, mais exames de laboratório. Paciente ficou bem por enquanto, após teste de sudorese de impregnação. At: Jarda de S. Pereira CRM: 33.373-DF
-------	--

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

☒ Paciente ☐ Familiar

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

Nome: MAURILIO MARIANO PAIXÃO

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

RG: 260.2218-5 DE/PE

Data: 04/11/18

Tel: (81) 9.2741-0827

Assinatura

Autorização de Procedimento

☐ Paciente ☐ Familiar

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Procedimento: _____

Tel.: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

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

Condição de Alta

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: _____

CRM: _____

Usuário do Atendimento

BEANESS94/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

* Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

4/9/2018 11:56:48 AM

2 de 2

MS-DATASÚS
VERSÃO: 14.90

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

PAG: 124
DATA: 24/05/2018

O.E.: M280190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 05/2018

Num AIH: 261810540525-6

Situação: EXPORTADA

Tipo: 01-INITIAL

Apresentação: 05/2018

Data Autorização: 12/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280190001

CRC: 05E05E7C76

Doc autorizador: 980016003572395

Doc med resp: 204322839720003

Doc diretor clínico: 204322839720003

Doc médico solic: 206790411700001

CNES: 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS: 70000800351850-2

Paciente: MAURILIO MARIANO PADIAO

Prontuário: 118544

Data Nasc.: 12/01/1991 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc.: Identidade

Doc: 8802218

Responsável pac.: MAURILIO MARIANO PADIAO

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA PADIAO

Endereço: QUINTA MARIA AMELIA DE JESUS 85 Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 261330 - SAO JOAQUIM DO MONTE UF: PE CEP: 55870-000

Telefone: (81)0970-40526 Muda Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Diag. principal: S825-FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Caráter atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 12/04/2018

Data saída: 14/04/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: . . . / . . .

CNAE:

Vínculo Previdência:

CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Assunir	Valor	Qtd	Cmp	Descrição
1	0408050497	101119919910000	225270(1)		2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
2	0408050497	980016283805592	225151(8)		2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA
3	0702030040			41249434000107	2344254		1	04/2018	ARRUELA LISA
4	0702030724			41249434000107	2344254		1	04/2018	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM
5	0702030724			41249434000107	2344254		1	04/2018	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0 MM
6	0702030830			41249434000107	2344254		1	04/2018	PLACA 1/8 TUBULAR 3,6 MM (INCLUI PARAFUSOS)
7	0408050144	101119919910000	225270(1)		2344254		1	04/2018	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO
8	0408050144	980016283805592	225151(8)		2344254		1	04/2018	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR DO TORNOZELO
9	0408010150	101119919910000	225270(1)		2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
10	0408010150	980016283805592	225151(8)		2344254		1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
11	0702030929			41249434000107	2344254		1	04/2018	PLACA DE RECONSTRUCAO 3,5 MM (INCLUI
12	0802010016			2344254	2344254		2	04/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lot	Série	Req. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000.063.886	41.249.434/0001-07				
4	000.063.886	41.249.434/0001-07				
5	000.063.886	41.249.434/0001-07				
6	000.063.886	41.249.434/0001-07				
11	000.063.886	41.249.434/0001-07				

CDI SECUNDARIO

CDI	Característica	Descrição
V299	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Assinatura Francisco Aragão Filho
Médico
CREMEPE: 5379

Conferido Com Documento
Original Bezerra PE 30.07.18
Hospital Jesus Paquetino

Assistente Social
CREMEPE: 4.471

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2018

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos <i>fratura da tíbia + clavícula e após trauma</i>
21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados) <i>RX</i>
--

23 - Diagnóstico inicial <i>FRATURA TÍBIA + CLAVÍCULA E</i>	24 - CID 10 Principais <i>S82.5 / S42.0</i>	25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Causas associadas
--	--	-----------------	-------------------------------

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Intervenção</i>	28 - Código do procedimento <i>04.08.03.014-4</i>
---	--

29 - Clínica <i>ORTA</i>	30 - Caráter de internação <i>Urgência</i>	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional Solicitante <i>04.08.03.014-4</i>
-----------------------------	---	-----------------------------------	--

33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Iron Alves</i> CRM-PE 3601	34 - Data de solicitação <i>12/04/18</i>	35 - Assinatura e carimbo (N.º do Registro do Conselho)
---	---	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
--------------------------------------	----------------------	---------------------	-----------

38 - () Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado
---------------------------------------	--

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261810540525-6
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho) Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria Municipal de Saúde Dr. Márcio Cezar da Silva CRM-PE 21.403	

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 12/02/19
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS/PE-10934

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 497559 Data: 12/04/2018 Hora: 21:29
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico:

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

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

Paciente: 118944 MAURILIO MARIANO PAIXAO
Nascimento: 12/01/1991 - 27 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA ESCADA, 536
Bairro: BOA VISTA 2
IBGE/Cidade: 2804106 CARUARU
Paí: JOSE MARIANO PAIXAO
Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

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

Obs.: SENHA ORTOPEDICA 433546

Queixa do Paciente:

Don com TNA + Clavícula

A:

fratura TNA + Clavícula e
após 12 dias

Exame Físico:

RT

H.D.:

FRATURA TNA + CLAVÍCULA E

Tratamento:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 III 2018

Rua da Aurora, Nº 125, Sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 51.060-070
RECIFE-PE

Justina

Bezerros, 12 de abril de 2018

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 12/04/18
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS/PE-10934

Assinatura e Carimbo do Médico

Iron Alves
CRM-PE 3601

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_02 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 497559 Data: 12/04/2018 Hora: 21:29
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico:

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

Paciente: 118944 MAURILIO MARIANO PAIXAO
Nascimento: 12/01/1991 - 27 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA ESCADA, 536
Bairro: BOA VISTA 2
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
Pai: JOSE MARIANO PAIXAO
Mãe: SEVERINA MARIA PAIXAO
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 10507420446
Identidade: 8602218 SDS PE
Telefone: 8197040526
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

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

Alta Hospitalar

Data: 14/04/18

Médico:

Dr. Ronaldo Frangalça
Ortopedista
CRM 3764

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Óbito

Data: / /

Médico:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 III 2019

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

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 12/02/19
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS/PE-10934

RELATÓRIO CIRÚRGICO

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

Dr. Ronaldo Evangelista
 Ortopedista
 CRM 3704

Conferido Com Documento
 Original Bezerras PE 190719
 Hospital Jesus Pequeno

Roberta Tava.
 Assistente Social
 CRESS/PE-10934

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

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

FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 13/04/18

Anestesia: Rugmidiana / Bl. de peso magro
Nome: Maurício Maurício Pereira Nº do Registro: 1189-4 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Unidade Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 27 Sexo: M Cor: P
Operador: Dr. Rogério Assist.: _____ Anestesta: Dr. Pires
Diag. Preop.: Malária de torção e Diag. Posop.: _____
Op. Proposta: Proctologia Op. Realizada: _____
Premeditação: Morzy / Far. lary Hora: 16:15 Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco: 1-2-3-4

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO	
16:15 17:15 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 AGENTES Líquidos venozos PR V. PULSO ANES OP TEMP ASPIR RESP SÍMBOLOS	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <u>Rugmidiana P. 125</u>		<u>Intubação RCR</u>	
B. <u>Oxigênio 80%</u>		<u>Art. central</u>	
C. <u>Nitrogênio 35%</u>		<u>Art. central</u>	
D. <u>Intubação 1/1</u>		<u>Art. central</u>	
E. <u>Oxigênio 1/1</u>		<u>Art. central</u>	
F. <u>Nitrogênio 1/1</u>		<u>Art. central</u>	
G. <u>Intubação 1/1</u>		<u>Art. central</u>	
LÍQUIDOS			
A. <u>Tranquilizante 40%</u>			
B. <u>Respiração 20%</u>			
C. <u>Respiração 20%</u>			
D. <u>Respiração 20%</u>			
E. <u>Respiração 20%</u>			
F. <u>Respiração 20%</u>			
G. <u>Respiração 20%</u>			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
ANESTESISTA:			
CIRURGIÃO:			
PERDA SANGÜÍNEA:			



HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

CATEGORIA: Comenda 349342

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: WILLIAM WILSON PAIXÃO Registro Nº: 118945
 Aptº: _____ Enfermaria: _____ Data: 13/04/18
 Cirurgia: Fim. Tnz + Cirurgia "E" Cirurgião: Dr. Romualdo
 Anestesia: Rugue + Bupivac Anestesista: Dr. F. F. F.
 Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>04</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cedilanide				Quellcin			
Decadron	<u>01</u>			Rifocina 150			
Dormonid	<u>01</u>			Rifocina 500			
Diazepan				Rocafin I. M.			
Dolantina				Rocafin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintoclon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	<u>01</u>			Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacil Sol				Soro Fisiológico			
Furacil Pomada				Thionembatal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a	<u>01</u>		
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccol				Xylocaina Spray			
Inoval				<u>01</u>			
Keflin	<u>01</u>			<u>02</u>			
Ketalar				<u>01</u>			
Lasix				<u>01</u>			
Methergin				<u>01</u>			
Marcalna Pesada	<u>01</u>						
Marcalna s/a							
Marcalna c/a	<u>01</u>						

Confirmando Com Documento
Original Bezerra P. RODRI
Hospital Jesus Pequenininho

Robertta Tavar
Assistente Social
CRESS/PE-10934

Maria do Carmo de Santana
Téc. Enfermagem
COREN 458.786

05 802 49470001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbotath T	01	06	06	Urofix			
Aguilha Desc.	06	01	06	Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gengival							
Aguilha Raque	20	01	20	FIOS			
Aguilha Sutura							
Algodão Hidrófilo				CatGut Simpa s/a			
Algodão Ortopédico	01	01	01	CatGut Simp c/a			
Atadura Gase				CatGut Crom s/a			
Atadura Crepe	150	01	150	CatGut Crom c/a	0	03	03
Atadura Gesso				Fio de Algodão			
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Aço			
Comp. Cirúrgica	20	01	20	Fio Kirschner			
Dreno Tórax				Fio Umbilical			
Dreno Tórax Kerr				Mononylon	20	02	04
Dreno Penrose				Mononylon	30	01	03
Equipo p/ Soro				Prolene			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	TX			Polycot			
Esparadrapo Anti-alérgico				Seda			
Esparadrapo Micropore				Seda			
Fleet Enema							
Gase 7x5x7,5	010	01	010	LÍQUIDOS			
Gase Furacionada							
Gelfoan				Água Oxigenada	500	01	500
H. Kuntscher				Alcool Simples	700	01	700
Intracath				Alcool Iodado			
Luva Descartável	200	05	1000	Éter	50	01	50
Luva Comum	10	04	40	Formol			
Lâmina Bisturi	21	03	63	Gempol			
Lâmina Gillette				Glutaril			
Látex 204				Pov Tópico			
P. S. Petersen				Pov Degermante			
P. L. Sherman							
Pr. S. Petersen				OXIGÊNIO			
Par. Sherman							
Pino Stelman				Das _____ às _____			
Prótese Thompson							
Scalp				PROTÓXIDO			
Seringa 03 cc	02	01	02				
Seringa 05 cc	02	01	02	Das _____ às _____			
Seringa 10 cc	02	01	02				
Seringa 20 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 05 cc							
Seringa Vidro 10 cc				Aspirador			
Seringa Vidro 20 cc				Artroscopia			
Seringa de 01 cc				Bisturi Elétrico			
Sonda Estom nº				Desfibrilador			
Sonda Levine nº				Monitor	TX		
Sonda Uretral nº					08	01	08
Sonda Foley nº					08	01	08
Sonda "3v" nº					08	01	08
Sonda p/ O ₂	01	01	01		04	01	04

Nota do Campo de Seguro
 Rec. Exat. Especial
 COREN 153706
 94/0001-41
 TRAFEGO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 III 1919
 Rua da Aurora, nº 176, SL 902 BL. C
 São Paulo - CEP: 05.060-010
 RECEIPE



Hospital Regional de
JESUS PEQUENO

EVOLUÇÃO MÉDICA

MAURILIO MARIANO PAIXÃO

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

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

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

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

14/04/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3764

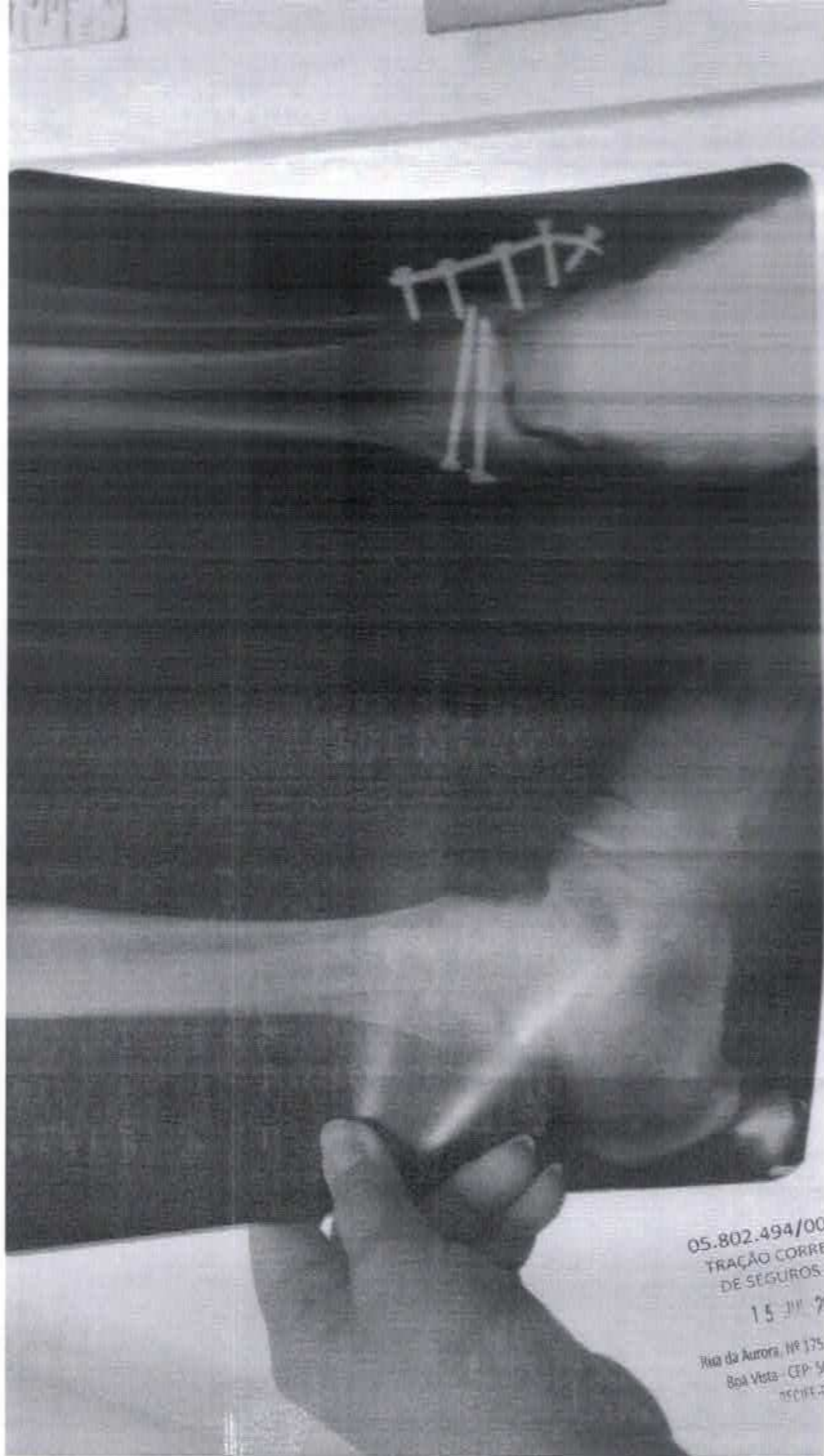
Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 120719
Hospital Jesus Pequeno

Robertta Tavares
Assistente Social
CRESS/PE-10934

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15-JUN-2019

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU
 REPÚBLICA DE GUINÉ-BISSAU
 PARTIDA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO **JOÃO MARIA SATEM**

DATA DE NASCIMENTO **17/01/1981**

LOCAL DE NASCIMENTO **GUINÉ-BISSAU**

SEXO **M**

ESTADO CIVIL **CASADO**

PROFISSÃO **PROFESSOR**

ENDEREÇO **AV. DA PAZ, 1000**

CIDADE **BOA VISTA**

ESTADO **BOA VISTA**

PAÍS **GUINÉ-BISSAU**

DATA DE EMISSÃO **28/02/2016**

VALIDADE **28/02/2026**

ASSINATURA **JOÃO MARIA SATEM**

DATA DE ASSINATURA **28/02/2016**

LOCAL DE ASSINATURA **BOA VISTA**

PAÍS DE ASSINATURA **GUINÉ-BISSAU**

IDENTIFICADO **JOÃO MARIA SATEM**

DATA DE NASCIMENTO **17/01/1981**

LOCAL DE NASCIMENTO **GUINÉ-BISSAU**

SEXO **M**

ESTADO CIVIL **CASADO**

PROFISSÃO **PROFESSOR**

ENDEREÇO **AV. DA PAZ, 1000**

CIDADE **BOA VISTA**

ESTADO **BOA VISTA**

PAÍS **GUINÉ-BISSAU**

DATA DE EMISSÃO **28/02/2016**

VALIDADE **28/02/2026**

ASSINATURA **JOÃO MARIA SATEM**

DATA DE ASSINATURA **28/02/2016**

LOCAL DE ASSINATURA **BOA VISTA**

PAÍS DE ASSINATURA **GUINÉ-BISSAU**

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2016

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

Trilla Social de Energía Eléctrica: Oferta por la Ley 10.435, de 26/04/00



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50065-900
CNPJ nº 06.947.000/0001-03 | Internet: www.cepel.com.br | cepel@cepel.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA ADELINO DE MOURA

CPF 485 372 977-66

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENTIAL
REFURBISH

ENTREDO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA CEL. FRANCISCO DOS SANTOS 88

N SA DAS DOREBICARUARI
CARLIARI PE
#004-240

COPIA CONTRACT	REMARKS
0629967010	08/2019
SACK DE VERBODEN	VOORWERPEN VERBODEN LUTTEN
27/08/2019	19/07/2019
TOTAAL AFWAARDIG	
	17.38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,85485488	25,65
		0,11
		0,39
		0,17
		0,14

Caramelo Alvo (MVA)
 Arborescência Bastarda MARFELA
 Mula por arado NF 058819214 - 15/04/19
 Jureta por arado NF 058819214 - 15/04/19
 Alavazagem CPMA NF 058819214 - 15/04/19

TOTAL DA FATURA

4120

DEMONSTRATIVO DE CONSUMOS DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONTAS									
Nº DO MOTOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	COMENTÁRIOS	AVALIAÇÃO	CONCLUSÃO (Nº)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
7222	CAT	10/01/2011	617,20	10/01/2011	622,00	31			6,80

REFERENCES

DATE	TIME	LOCATION	WIND	WAVE	SEA	WIND	WAVE	SEA
10/10/10	00	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	01	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	02	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	03	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	04	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	05	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	06	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	07	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	08	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	09	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	10	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	11	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	12	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	13	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	14	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	15	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	16	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	17	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	18	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	19	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	20	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	21	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	22	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	23	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	24	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	25	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	26	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	27	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	28	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	29	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	30	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	31	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70
10/10/10	32	ICING	10.70	0.70	0.70	10.70	0.70	0.70

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Page 10 of 10

[illegible][illegible]

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JAN 2019

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

65C1EE-DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428160

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

Data do acidente: 07/04/2018

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MAURILIO MARIANO PAIXAO
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: Casado
 Profissão: VENDEDOR
 Identidade: 8602218505-16 CPF: 105 074.204-46
 Endereço: RUA ESCADA 536 - Boa Vista
CARUARU - PE - CEP. 55

OUTORGADO:

Nome: HELIO FERREIRO DE MOURA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: Casado
 Profissão: AUTONOMO
 Identidade: 371344855-16 CPF: 62777/3944-15
 Endereço: RUA CEL. FRANCISCO SANTOS 88 - Centro
CARUARU - PE CEP. 55 004-240

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

CARUARU, 03-04-19

LOCAL E DATA:



Maurilio Mariano Paixão

ASSINATURA DO OUTORGANTE
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO Bel. CARLOS TORRES
 R. dos Escudadores, 16 - Bairro Centro - Caruaru - PE - CEP: 55000-000 - Fone: (81) 3102-4733 - Fax: (81) 3101-2016

Reconheço por autenticidade a firma de MAURILIO MARIANO PAIXAO; dou fé.
 Selo: 0073718.LVU03201902.02987
 Caruaru/PE, 04/04/2019 13:39:51. Em test... da verdade
Neide Maria dos Santos
 NEIDE MARIA DOS SANTOS - Substituta
 Emol. R\$ 3,50 - TSHR R\$ 0,80 - Total R\$ 4,79 Op.: 20
 Cartório Autenticado em www.tcn.jus.br/cartorios

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 55000-000
 RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238194/19

Vítima: MAURILIO MARIANO PAIXAO

CPF: 105.074.204-46

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 07/04/2018

Titular do CPF: MAURILIO MARIANO
PAIXAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HELIO FERREIRA DE MOURA : 627.773.944-15

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

MAURILIO MARIANO PAIXAO : 105.074.204-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

HELIO FERREIRA DE MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso