
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, RG nº9.017.192, expedido SDS/PE, CPF 018.504.417-40, residente e domiciliado Rua E, nº.136, Caueiras, Aliança-PE, CEP 55890-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judicia”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

Goiana, 10 de Setembro de 2018



Severino Emidio Ferreira Filho
SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO

Rui Padre Rocha, 177, São José, Carpina.PE. (81) 999535-9693/37220606
. Av. Fagundes Varela, 988 . Sl. 09 e 10 . Jardim Atlântico . Olinda . PE . (81) 3431.6171
(81) 9232.3309
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, RG nº9.017.192, expedido SDS/PE, CPF 018.504.417-40, residente e domiciliado Rua E, nº.136, Caeiras, Aliança-PE, CEP 55890-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Goiana, 10 de Setembro de 2018

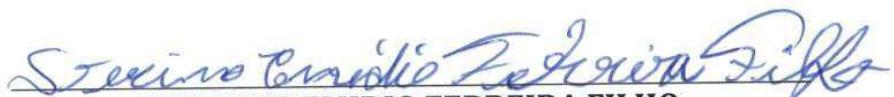

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO



TERMO DE CARÊNCIA JURÍDICA

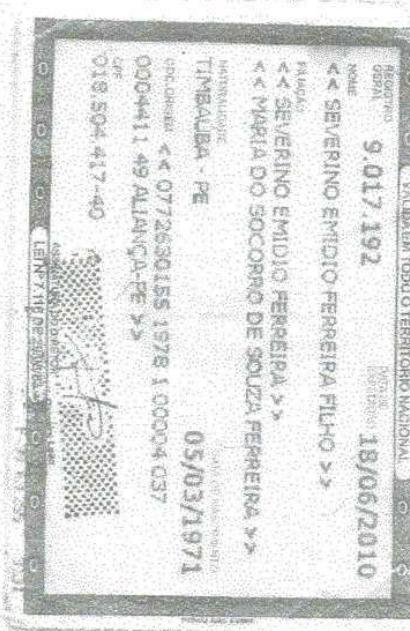
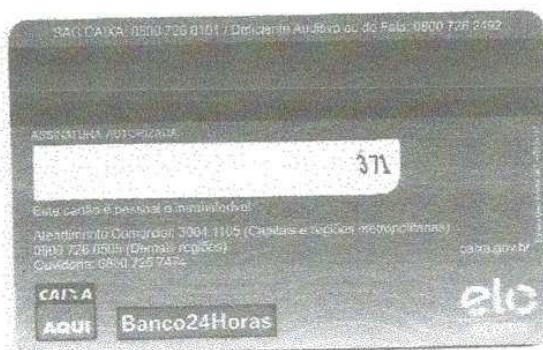
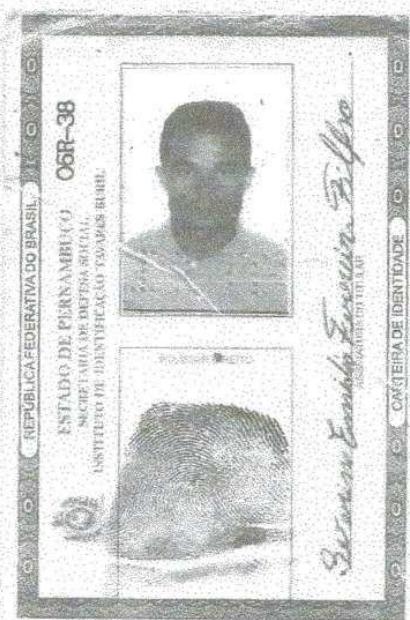
SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO, brasileiro, solteiro, trabalhador rural, RG nº 9.017.192, expedido SDS/PE, CPF 018.504.417-40, residente e domiciliado Rua E, nº.136, Caeiras, Aliança-PE, CEP 55890-000. DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Goiana-PE, 10 de Setembro de 2018



SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO





SUS: 706209577524860 V

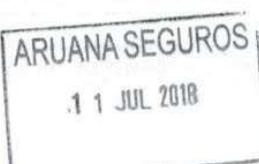
| | |
|---|---|
|  PREFEITURA DA ALIANÇA A GRANDE OBRA É CUIDAR DAS PESSOAS | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE UNIDADE MISTA MUNICIPAL DA ALIANÇA Rua Marechal Deodoro, s/n - Aliança - PE - CEP 55 890 - 000 Fone: 3637.1340 / 3637-1388 / E-mail: unidade mista 2009@hotmail.com |
|---|---|

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Registro N° 306662 Hora: 20:35 Recepção: LUCAS

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| UNIDADE DE SAÚDE: <u>V.M.A.</u> | DISTRITO SANITÁRIO: | DATA: <u>27/03/18</u> | | | | |
| INFORMAÇÕES PRESTADAS PELO PACIENTE OU ACOMPANHANTE: | | | | | | |
| NOME: <u>Severino Enriquio Ferreira Filho</u> | | <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - AMARELA <input type="checkbox"/> 3 - PRETA <input type="checkbox"/> 4 - INDÍGINA <input type="checkbox"/> 5 - PARDA | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: <u>05/03/75</u> SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | | | | |
| ESTADO CIVIL: | ESCOLARIDADE: | PROFISSÃO: <u>46 Anos</u> | | | | |
| | | RAÇA/COR | | | | |
| NOME DA MÃE: <u>Maria de Souza de Souza Ferreira</u> | | <input type="checkbox"/> 1 - BRANCA <input type="checkbox"/> 2 - AMARELA <input type="checkbox"/> 3 - PRETA <input type="checkbox"/> 4 - INDÍGINA <input type="checkbox"/> 5 - PARDA | | | | |
| ENDERECO: <u>R. AN</u> | | | | | | |
| Nº <u>97</u> COMPL.: <u></u> | | CEP: <u></u> | | | | |
| BAIRRO: <u>Cajuru</u> | | MUNICÍPIO: <u></u> | | | | |
| ACOMPANHANTE: <u></u> | | UF: <u></u> | | | | |
| PRECEDÊNCIA: | | MEIO DE TRANSPORTE: | | | | |
| <p>HDA: <u>Pct de rotina de ondas e quando é hora de dormir, o dia todo</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ocorreu com a MSO, mas não houve risco de morte. Aguardando resultado de exame.</p> <p>VACINAS ATUALIZADAS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> | | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES OU AGRESSÃO | | | | | | |
| ACIDENTE DE TRÂNSITO | | | | | | |
| VEÍCULO AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> | ÔNIBUS <input type="checkbox"/> | MOTO <input type="checkbox"/> | OUTRO <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | |
| FATOR DE PROTEÇÃO CINTO/CAPACETE SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | | |
| MODO DE ATROPELAMENTO COLISÃO <input type="checkbox"/> | CAPOTAGEM <input type="checkbox"/> | OUTRO <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | |
| INDO / VOLTANDO DO TRABALHO SIM <input type="checkbox"/> | NÃO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | | |
| ACIDENTE DO TRABALHO | | | | | | |
| ORIGEM CONSTRUÇÃO CIVIL <input type="checkbox"/> | INDÚSTRIA <input type="checkbox"/> | AGRICULTURA <input type="checkbox"/> | COMÉRCIO <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | |
| LOCAL DE TRABALHO: ORGÃO: <u></u> | | ENDEREÇO: <u></u> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | |
| OUTRO TIPO DE ACIDENTE | | | | | | |
| INTOXICAÇÃO ACIDENTAL <input type="checkbox"/> | QUEDA ACIDENTAL <input type="checkbox"/> | AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> | QUEIMADURA <input type="checkbox"/> | CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> | OUTRO <input type="checkbox"/> | |
| QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | | | |
| AGRESSÃO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | | | |
| POR ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> | ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> | ESPANCAMENTO <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | |
| POR ASSALTO <input type="checkbox"/> | BRIGA <input type="checkbox"/> | AÇÃO POLICIAL <input type="checkbox"/> | AGRESSÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO |
| AUTO AGRESSÃO <input type="checkbox"/> | | SUICÍDIO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | | | |
| POR ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> | ENFORCAMENTO <input type="checkbox"/> | DROGAS <input type="checkbox"/> | QUEDA DO NÍVEL <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> IGNORADO | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA | | | | | | |
| VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/> | DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> | AMBIENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> | ESCOLA <input type="checkbox"/> | OUTROS <input type="checkbox"/> | QUAL? <input type="checkbox"/> | |
| OBSERVAÇÕES: | | <u>ARUANA SEGUROS</u> <u>11 JUL 2018</u> | | | | |
| EXAME FÍSICO: | | | | | | |
| A) GERAL PESO: | ESTATURA | TEMP | C | | | |
| <u>É ON</u> | | | | | | |
| B) RESPIRATÓRIO: <u>Normal</u> | | | | | | |



| | | | | | |
|--|--------|--|-----|---|----------|
| C: CARDIOVASCULAR: | PULSO: | BMP | PA: | X | MMHG |
| D: EXAME NEUROLÓGICO: | | | | | |
| E: ABDÔMEN: | | | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: Anos de nato / tatu de corte ① | | | | | |
| EXAMES SOLICITADOS: | | | | | |
| TRATAMENTO / PROCEDIMENTOS: ① Voltaren Difusiva - ② Dexazepam 0,5 mg IV ③ Imobilização e MS ④ | | | | | |
| DATA: 23 / 01 / 18 | | Dr. Antonio da Silva Filho MÉDICO ASSINATURA CONSELHO N° | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ALTA MELHORADO <input type="checkbox"/> INTERNADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | | | |
| TRANSFERIDO PARA: | | | | | |
| MÉDICO | CRM | DATA | | | HORA : : |
| Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões sem exames complementares e transporte se forem necessários. | | | | | |
|  | | | | | |
| DATA: ____ / ____ / ____ Nome completo legível: _____ | | | | | |
| Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____ | | | | | |





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO**, prontuário nº **112.0376**, admitido neste hospital em 24/01/2018 com diagnóstico de Fratura de Clavícula Direita, sendo avaliado e sem indicação cirúrgica no momento o mesmo foi submetido a tratamento Conservador. Recebeu alta em 25/01/2018 com acompanhamento ambulatorial.

Segundo Internamento: admitido neste hospital em 24/05/2018 com diagnóstico de Fratura de Clavícula Direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 26/05/2018.

Recife, 16 de Julho de 2018.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13424

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

LAUDO MÉDICO

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO

O paciente supracitado foi submetido a TRATAMENTO CONSERVADOR DE LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR D. neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 60 dias.

CID: C.I.D. S431

Recife, 08/02/2018

Leonardo Cané
topedia - Traumatologia
13783 - TEC 1115

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 2



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 558237 Prontuário: 1120376 Data de Nascimento: 05/03/71 Idade: 47 ANO(S)
Nome do Paciente: **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO (Laudo para Revisão)** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA
CPF: 01850441740

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 24/05/2018 - 12:10

Diagnóstico pré-operatório: PSEUDOARTROSE DE ESCÁPULA D.

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de pseudoartrose de escápula d.

Cirurgião: leonardo canejo

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito lateral sob anestesia.
- 3) Assepsia e antisepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) incisão posterior ombro d. + dissecção por planos + identificado foco de pseudoartrose
- 6) limpeza do foco da pseudoartrose + redução da fratura e fixação com 1 placa de reconstrução + parafusos .Realizado limpeza com SF0,9%.
- 8) sutura com nylon e vycril + Curativo
- 10) Verificada boa perfusão distal

MEDICO: Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 3

| | | | | |
|--|------------------------|---------------------|---|------------------|
| SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Folha 1/2 |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HSA Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE SEVERINO EMÍDIO FERREIRA FILHO 6 - NÚMERO PROLATORIADO 558237 | | | | |
| 2 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HSA 4 - CNES 7 - DATA DE NASCIMENTO 8 - SEXO Masculino Feminino 9 - RAÇA/COR 10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 11 - NOME DA MÃE 12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 18 - UF 19 - CEP 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR Trat. Cir. de Fratura de Clavícula Direita 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR 0408010150 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 0301060070 1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL 26 - CID 10 PRINCIPAL 27 - CID 10 SECUNDARIO 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AlS) 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34-QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37-QTDE 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 40-QTDE | | | | |
| 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p>Paciente oriundo do HGV apresentando Fratura de Clavícula Direita, evolui com dor e edema local; Necessitando de Procedimento cirúrgico.</p> <p>Após avaliação de Dr. Leonardo Canéjo, conduta. Sem indicação cirúrgica no momento, imobilização, tratamento incruento, alta para acompanhamento ambulatorial.</p> | | | | |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. LEONARDO CANÉJO 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 25/01/18 44 - DOCUMENTO / N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 90676092420 45 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO  46 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - DOCUMENTO / N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 90676092420 51 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO  | | | | |

CÓD: 1192



Registro:558237 Prontuário:1120376 Data de Nascimento:05/03/71 Idade:47
ANO(S)

Nome do Paciente:**SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA
CPF: 01850441740

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):Fratura de Clavícula Direita CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Pseudoartrose de Clavícula Direita CÓDIGO: 0408010223

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

| COD. | EQUIPE | NOME | MATRICULA |
|------|------------------|----------------------|-----------|
| 1 | CIRURGIÃO | :Dr. Leonardo Canêjo | 13783 |
| 2 | 1.AUX CIRÚRGICO: | | |
| 3 | 2.AUX CIRÚRGICO: | | |
| 4 | ANESTESIA | : | |
| 5 | ANESTESISTA | :Dr. Ajalmar Amorim | 4360 |
| 6 | CLÍNICA MÉDICA | : | |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente oriundo do HGV apresentando Fratura de Clavícula Direita. Avaliado anteriormente por Dr. Leonardo Canêjo, Sem indicação de síntese, optado por tratamento in cruento e acompanhamento ambulatorial. Retorna ao ambulatório com queixas.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA, CRM: 10531. Data e Hora: 28/05/2018 09:50:21.



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 5



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: M841

Recife, 25/05/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista Traumatologista
CRM 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 558237 Prontuário: 1120376 Data de Nascimento: 05/03/71 Idade: 47
ANO(S)

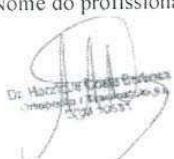
Nome do Paciente: **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA
CPF: 01850441740

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Clavícula Direita CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 28/05/2018 09:50:21.


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 7



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 558237 Prontuário: 1120376 Data de Nascimento: 05/03/71 Idade: 47 ANO(S)
Nome do Paciente: **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA
CPF: 01850441740

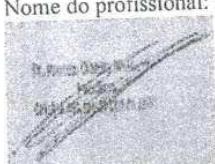
LAUDO OMBRO DIREITO AP/P

Recife, 12-06-2018 07:00

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 118.147008

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755. Data e Hora: 13/06/2018 08:37:13.



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 8



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 90 dias.

CID: C.I.D. S421

Recife, 14/06/2018

Dr. Leonardo Canéjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - TEOT 11153

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 9



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 558237 Prontuário: 1120376 Data de Nascimento: 05/03/71 Idade: 47 ANO(S)
Nome do Paciente: **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA
CPF: 01850441740

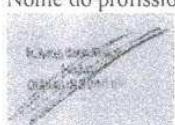
LAUDO OMBRO DIREITO AP/P

Recife, 12-07-2018 07:01

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 118.176625

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755. Data e Hora: 12/07/2018 14:42:56.



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>
Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 10



HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
(Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco)
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE
CEP: 50 710-030 - C.N.P.J: 10.859.817/0001-73

LAUDO MÉDICO

SEVERINO EMÍDIO FERREIRA FILHO

Paciente (47 ANOS), VÍTIMA de acidente
de MOTOCICLETA (23/11/2018), ALIANÇA.

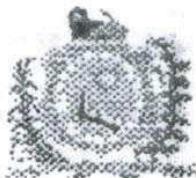
Tendo tido como diagnóstico INICIAL
Fratura de CLAVÍCULA Direita. Paciente tendo EVOLUÇÃO
c/ Pseudarthrose de CLAVÍCULA Direita, tendo sido
SUBMETIDO A CIRURGIA dia 24/5/2018. Paciente
Tendo colocado na cirurgia (Placa + Parafuso)
→ Placa estrutural de reconstrução. Paciente apresenta-se
c/ GRAVE Síndrome algica, c/ dor e deficit de força
e deficit de flexo-extensão. Paciente c/ Síndrome de
Data: 17.6.2018 nível de CINTURA náspira (75%)
Paciente de alta hospitalar

Médico Responsável

Mauricio César Leal
Ortopedista
CRM - 12396

CRM:





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 048ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALIANÇA -
DP48ªCIRC DINTER1/M1ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0138000833

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/07/2018** às
15:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia **23/1/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ALIANÇA, 01 - Bairro: DISTRITO DE CAUEIRAS - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência:
PRÓXIMO A IMPANOR
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO 1 (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO 2 (AUTOR \ AGENTE)
MARIA GLORIETE GALDINO DA SILVA (OUTRO)
SEVERINO EMÍDIO FERREIRA FILHO (VITIMA)

ARUANA SEGUROS

.11 JUL 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): SEVERINO
EMÍDIO FERREIRA FILHO

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

SEVERINO EMÍDIO FERREIRA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mão:
MARIA DO SOCORRO DE SOUZA FERREIRA Pai: **SEVERINO EMÍDIO FERREIRA** Data de
Nascimento: **8/3/1971** Naturalidade: **TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
9017192/SDS/PE (RG), 01888441746 (CPF) Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º.**
GRAU INCOMPLETO Profissão: **TRABALHADOR RURAL** Telefones Celulares:
- **81994056988**

Residencial: **RUA E, CHURRASCARIA DO LENITA - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **MUNICÍPIO DE ALIANÇA, 136 - CEP: 0 - Bairro: DISTRITO DE CAUEIRAS -
ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL, CHURRASCARIA DO LENITA**

DESCONHECIDO 1 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO 2 (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO**



INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARIA GLORIETE GALDINO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: **MÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residencial: **R CORONEL JOAO ANTONIO - ALIANÇA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo b:
MUNICIPIO DE ALIANCA, 287 - CEP: 55666-000 - Bairro: CENTRO -
ALIANCA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA GLORIETE GALDINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 Bros** Objeto apreendido: N/A
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OMT8734** (GOIAS/GOIAS) Renavam: **1818184448** Chassi: **8G2KD8848ER838167**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO COMPARCEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA NOTICIANDO QUE NO DIA 23/01/18, POR VOLTA DAS 18H, NAS IMEDIACÕES DA IMPRANOR - CAUEIRAS/ALIANÇA-PE, TRANSITAVA NA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ESD (PLACA:OMT8734; ANO/MODELO:2014/2014; CHASSI:8G2KD8848ER838167; RENAVAM:1818184448; COR: VERMELHA; PROPRIETÁRIO:MARIA GLORIETE GALDINO DA SILVA), OCASIÃO EM QUE PERCEBEU A APROXIMAÇÃO DE DOIS HOMENS EM UM GOL PRATA, OS QUAIS DERAM ORDEM DE PARADA AO NOTICIANTE. INFORMA QUE NÃO PAROU A MOTOCICLETA. EM VISTA DISSO, OS AUTORES INVESTIRAM COM O CARRO EM SUA DIREÇÃO, VINDO O MESMO A CAIR. EM VIRTUDE DA QUEDA, A VÍTIMA SOFREU LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR, PASSANDO, POIS, POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ATESTAM AS FICHAS MÉDICAS APRESENTADAS. E NADA MAIS TENDO DITO, ENCERREI O PRESENTE.

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

Severino Emidio Ferreira Filho
SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO
 (VITIMA)

Tamires Ferreira
 B.O. registrado por: **TAMIRES FERREIRA DA SILVA** - Matrícula: **3873886**

ARUANA SEGUROS

11 JUL 2018





(1)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao beneficiário final em até 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180394135 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** SEVERINO EMIDIO FERREIRA FILHO**CPF/CNPJ:** 01850441740**Posição em 06-06-2019 14:00:31**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi atendida, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme consta na tabela abaixo.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

10/09/2018 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|----------------------|--|
| 05/10/2018 | Exigência Documental | Download |
| 28/08/2018 | Aviso de Sinistro | Download |

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 18/06/2019 09:52:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061809521697800000046111367>

Número do documento: 19061809521697800000046111367

Num. 46825881 - Pág. 14