



Número: **0076460-30.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVALDO ROSENDO FREIRES (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58846405	05/03/2020 16:59	2698931_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00764603020198172001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/06/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/07/2017**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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



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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DA INÉPCIA DA INICIAL

AUSÊNCIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Cabe o reconhecimento de que a petição inicial protocolada é inepta. Isto se confirma posto que a inicial deve ser instruída com os documentos obrigatórios, sendo o comprovante de residência um deles.

Ocorre que, não se observar nos autos, o necessário comprovante de residência da parte autora, de modo que este deixa de observar o contido no artigo 320, do CPC.

Ressalta-se, que tais informações são de suma importância, tendo em vista que existem impeditivos processuais, como é o caso da competência, que só pode ser verificada por meio do documento em questão, de modo que sua ausência pode caracterizar violação ao direito de ampla defesa da Ré.

Desse modo, requer o indeferimento da petição inicial, com a extinção do processo, com fulcro no artigo 485, I, do CPC.

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

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



DO MÉRITO

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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



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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **11/06/2017**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.” (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

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



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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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



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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 19 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

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



TABELA DE GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **EDVALDO ROSENDO FREIRES**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00764603020198172001.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0076460-30.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

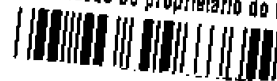
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVALDO ROSENDO FREIRES (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
58846406	05/03/2020 16:59	ANEXO 1	Outros (Documento)

Declaração do proprietário do veí



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Elisabete de Souza
RG nº 4.863.885, data de expedição 23/09/2014
Órgão SDS, portador do CPF nº 92.909.136-472, com
domicílio na cidade de Camaragiba, no Estado de
pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua PIOTTS - Travessa, nº 857,
complemento casar, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eduardo Rosendo Freire, cujo o condutor era
Eduardo Rosendo Freire

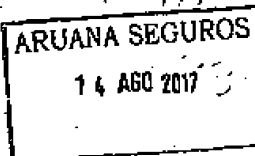
Veículo: motocicleta
Modelo: HONDA / NXR 160 BROS E3D
Ano: 2015
Placa: PGY 5515
Chassi: 9C2KD0800FR031555
Data do Acidente: 11/06/2017
Local e Data: 12/07/2017 Camaragiba



CARTÓRIO EVA TENÓRIO
Av. Belém, 2153 - CEP: 04745-070
Email: cartorioevatenorio@fzsp.org.br
Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
MARIA ELISABETE DE SOUZA.
Camaragiba, 12/07/2017 - 13:08:44 Emol: R\$ 3,89 + TSNR 0,78 Total: R\$ 4,66
Consulte a autenticidade em pje.jus.br/seloDigital
Selo: 0078489.RQA05201703.03164
MARIA JOSÉ B. FERREIRA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 007

Maria Elisabete de Souza
Assinatura do Declarante

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



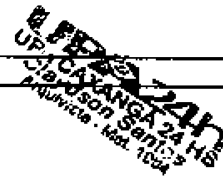
UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/06/2017 18:33

Nome Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/06/1975
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: OR0047
Convênio:
Atendimento:
SAME:



Período: 11/06/2017 18:34 - 11/06/2017 18:35

VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

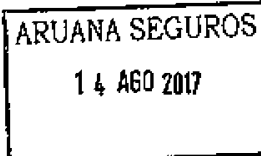
- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 150.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°



Acolhido(a) por: VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDVALDO ROSENDO FREIRES**,
prontuário nº **109.3899**, admitido neste hospital em 12/06/2017 com diagnóstico de
Fratura dos Ossos do Antebraço Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 16/06/2017.

Recife, 03 de Julho de 2017.


Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COC Nº:
10.572.048/0005-51
(03 vísas)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

DATA DE EMISSÃO:

NOME DO PACIENTE:

Edvaldo Barbosa Freires

Nº DO REGISTRO:

416260

DATA DE NASCIMENTO:

HGT - Hospital Getúlio Vargas



416260

RG:

Atendimento: 445747

CNS: 708304244121400

END:

Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRES

SEX:

Nascimento: 28/05/1975 Idade: 43 Anos Sexo: MASCULINO

MUN:

Mãe: MARIA BEVERINA DO NASCIMENTO FREIRES Fone: 8786-8851
End: RUA PIO XII, Nº: 651 - BAIRRO NOVO DO CARMELO
CAMARAGIBE - PE - Cep: 64762020
Prof: 812 PLANTONISTAS Nº: 11/06/2017 Nº: 2300 Usuário: CLAUDOMAR

TERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Pct e história de trauma em antebraço D

EXAME FÍSICO:

EGG COTO Apical
Der + sensibilidade antebraço D

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx + Amamentação + Ex Físico

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Fratura Radio Ulna D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

CODIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/SPECIALIDADE

SOT

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

12/06/17

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

DATA DO EXAME/INTERNO

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Pront: 1093899 -
S. Luiz - E1

ANEXO B

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>U.S.A.</u>				2. C.O.S.: _____
3. TIPO DE ESTABELECIMENTO ESPECIALIZADO: _____				4. C.O.S.: _____
Identificação do Paciente 5. NOME DO PACIENTE: <u>Colacido Rosendo Funes</u>				6. Nº DO PROCEDIMENTO: <u>510198</u>
7. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____				8. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____
9. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____				10. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____
11. NOME DO RESPONSÁVEL: _____				12. TELEFONE DO CONTATO: _____
13. ENDEREÇO DA CLÍNICA: _____				14. TELEFONE DO CONTATO: _____
15. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____				16. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____
17. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____				
18. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____				
19. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____				
20. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH): _____				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____		22. C.O.S. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____		
23. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____		24. C.O.S. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____		
25. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____		26. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: _____		
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (AIS)				
27. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		28. C.O.S. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		
29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		30. C.O.S. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		
31. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		32. C.O.S. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		
33. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		34. C.O.S. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		
35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		36. C.O.S. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____		
11. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
37. NOME DO PACIENTE: <u>Colacido Rosendo Funes</u>				
38. NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Leonardo Canisio</u>				
39. DATA DE SOLICITAÇÃO: <u>15.06.17</u>				
40. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
41. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
42. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
43. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
44. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
45. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
46. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
47. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
48. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
49. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
50. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
51. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
52. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
53. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
54. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
55. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
56. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
57. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
58. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
59. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
60. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
61. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
62. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
63. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
64. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
65. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
66. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
67. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
68. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
69. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
70. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
71. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
72. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
73. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
74. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
75. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
76. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
77. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
78. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
79. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
80. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
81. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
82. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
83. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
84. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
85. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
86. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
87. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
88. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
89. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
90. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
91. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
92. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
93. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
94. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
95. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
96. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
97. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
98. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
99. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				
100. C.O.S. DO PROCEDIMENTO: <u>010203089901</u>				

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)
Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01
Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do Ossos do Antebraço Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Frat. de Ambos os Ossos do Antebraço Direito CÓDIGO: 0408020423

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

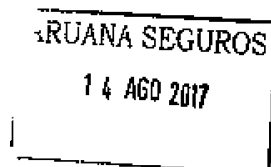
COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Leonardo Canêjo	13783
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Maria Lúcia	19813
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente teve braço imprensado do lado de fora do carro com poste há 24h, resultando em Fratura do Ossos do Antebraço Direito. Evoluindo com dor e edema local.

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: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)
Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01
Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Ossos do Antebraço Direito **CID:**

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)
Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço

Cirurgião: Dr. Leonardo Canejo

Anestesista: Dr. Maria Lucia

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

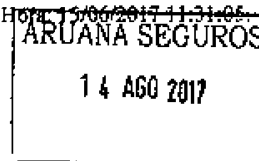
- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Garroteamento do membro superior direito.
- 3) Assepsia e antissepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 5) Realizada incisão em face dorsal do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do rádio. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese do rádio com 01 placa DCP de 3.5mm de 07 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais.
- 6) Realizada incisão em face ulnar do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura da ulna. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese da ulna com 01 placa DCP de 3.5mm de 08 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais. Verificada boa posição dos implantes e boa redução da fratura. Prono-supinação livre.
- 7) Lavagem com SF 0,9%. Revisão da hemostasia.
- 8) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 9) Curativo

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO, CRM: 13783, Data e Hora: 15/06/2017 11:31:05

Dr. Leonardo Canejo
Obrigado a: Theresinha
Data: 15/06/2017 11:31:05



Santa Casa de Misericórdia de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Reg.: 510748

Pront.: 1093899

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/06/1975

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 41

Admissão: 12/06/2017 18:04

Alta: 16/06/2017 11:50

Admissão:

FRATURA EM ANTE BRAÇO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S52

FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SÃO LUIZ

12/06/2017 18:04

16/06/2017 11:50

4 dia(s)

Orientação:

1) Agendar retorno para Dr^o LEONARDO CANEJO para 15 dias;

2) Tomar medicação prescrita;

3) Realizar RX

4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável:

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM:

10531

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017





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

EDVALDO ROSENDO FREIRES

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S52

Recife, 16/06/2017

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM 10691

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017





Documentação médica - hospital



Lanudo Fisioterapêutico

Sn: Edvaldo Rosendo Freires, Vítima
de Acidente de trânsito no dia
11.06.17. Ombro sofreu Fratura
do Antebraço Direito

Na Anamnese o paciente apresenta
Limitação de ADM (Amplitude de
movimento Reduzido). Deficit
de força muscular. O mesmo
Realizou Fisioterapia para Restabelecer
Quadro Ativo.

Dr. Edvaldo Freires
Fisioterapeuta
18/06/17

08.11.17

ARUANA SEGUROS
13 NOV 2017





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugã, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412.3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Registro: 510748 - Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 42 ano (s)

Data: 29/09/2017 / 07:01 Convênio: SUS - AMB

Intervalo: 4

LAUDO ANTEBRAÇO DIR AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.238103





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

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: EDVALDO ROSENDO FREIRES
DATA: 05/10/2017

Prescrevo:

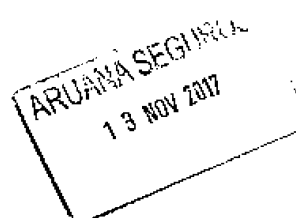
Fisioterapia: 20 sessões.

CID: s527

Obs:

Dr. Leonardo Camarotti
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13783 - RCP 11153

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



GOVERNO DE Pernambuco
UPA 24h
 U.P. CAXANGA 24 HS
 Cleydon Santos
 Aquilino - M. 1534
UPA 24h
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 CAXANGA
 23
 Responsável: Manoelinda
 M. 5820

Data do Atendimento: 11/06/2017 Hora: 18:36:15
 No. Atendimento: 1030568 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO PRONTUÁRIO: 402359
 Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data de Nascimento: 28/06/1976 Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias

País ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO

Endereço: 5 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO/ - 54762623

Cidade: CAMARAGIBE Tel.: 81 987668651

Hora do Atendimento: 18 / 52 Hs

Peso: Kg HORA: Temperatura: °

QPD / HDA: Dor e deformidade do antebraço @ após queda de cavalo

09/07/17 - Retificação: paciente apresentou fratura após acidente moto
 11:55 ciclista pl. livrar-se e desviar de um cavalo

EXAME FÍSICO: Filipe Mesquita
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PE: 21360

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura diafisária do antebraço @

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Rx do antebraço @ AP / Pyl

2) Ceftriaxona 1000 mg - O. 12h IM

3) Paracetamol 500 mg - O. 6h + SF 9,9% 100mg

4) Tala axilopalmar @

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

5) DOR 10/10 - 10/10! 100% dor no braço @
 30 minutos

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: Continuo da Cax

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

ARUANA SEGUROS

16 AGO 2017

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/06/2017 18:33

Nome Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/06/1975
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: OR0047
Convênio:
Atendimento:
SAME:



Período: 11/06/2017 18:34 - 11/06/2017 18:35

VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 150.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Acolhido(a) por: VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDVALDO ROSENDO FREIRES**,
prontuário nº 109.3899, admitido neste hospital em 12/06/2017 com diagnóstico de
Fratura dos Ossos do Antebraço Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico.
Recebeu alta hospitalar em 16/06/2017.

Recife, 03 de Julho de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMPE - 13434

Dra Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Av. Cruz Cabugá 1583 Santo Amaro - Recife - PE
Cep: 50.040-000, CNPJ(MF) 10.869.752/0004-04

Tel/Fax: 81.3412.3800
www.santacasarecife.org.br
dir.torahsa@santacasarecife.org.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CQC Nº: 10.572.048/0008-51 (03 Vias)	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIT		RESERVA:	
NOME DO PACIENTE: Edvaldo Rosendo Freires		Nº DO REGISTRO: 416260	
CNES - Hospital Getúlio Vargas 11432 416280 Atendimento: 445747 CNE: 708304264121460			
END - Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRES Nascimento: 28/06/1975 Idade: 41 Anos Sexo: MASCULINO Mãe: MARIA BEVERINA DO NASCIMENTO FREIRES Cx: 8785-8851 End: RUA PIO XII, Nº: 687 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - CAMARAGIBE - PE Cep: 54782820 PNE: 612 PLANTONISTA ROY CNE: 11/02/2017 Rg: 2720 Uti: CLAUDIAS			
HISTÓRIA CLÍNICA: ict e história de		TERNACÃO	
EXAME FÍSICO: Ec - coto Apical			
Der + descompressão em telrose			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:			
Rx + Amn - rên + Ex Frio			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Radio de Ulna			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: internamento		CÓDIGO:	
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE: SOT		CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	
DATA: 12/06/17		DATA:	
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR:	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE:			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO:			

Prot: 1093899 -
 S. Luiz - E1

ARUANA SEGUROS
 14 AGO 2017



ANEXO II

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde Brasília	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (AIS)	Folha 1/2
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>H.S.A.</u>		2 - CID-10: _____ 3 - CID-9: _____	
4 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 4.1 - NOME DO PACIENTE: <u>Carvalho Rosivaldo Pinheiro</u> 4.2 - DATA DO NASCIMENTO: _____ 4.3 - SEXO: <u>M</u> (M) / <u>F</u> (F) 4.4 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 4.5 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____ 4.6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____		5 - NÚMERO DO LAUDO: <u>510848</u> 6 - TELEFONE DO CONTATO: _____ 7 - TELEFONE DE COPIA: _____ 8 - CÓDIGO DE BARRAS: _____	
9 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI): _____			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
10 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ 11 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____		12 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____ 13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO MUDANÇA: _____	
14 - DATA DE INÍCIO: _____ 15 - DATA DE TÉRMINO: _____		16 - DATA DE INÍCIO: _____ 17 - DATA DE TÉRMINO: _____	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (AIS)			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>tratamto de fratura de fêmur do membro superior direito</u> 19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>010203089901</u>		20 - DATA DE INÍCIO: _____ 21 - DATA DE TÉRMINO: _____	
22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>tratamto de fratura de fêmur do membro superior direito</u> 23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <u>010203089901</u>		24 - DATA DE INÍCIO: _____ 25 - DATA DE TÉRMINO: _____	
26 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <u>Necessidade de procedimento cirúrgico Urgente. Alta Hospitalar após mesmo.</u>			
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>Dr. Leonardo Canisio</u> 28 - DATA DE SOLICITAÇÃO: <u>15.06.17</u> 29 - ASSINATURA: _____ 30 - RUBRICA: _____			
AUTORIZAÇÃO			
31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 32 - DATA DE AUTORIZAÇÃO: _____ 33 - ASSINATURA: _____ 34 - RUBRICA: _____		35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 36 - DATA DE AUTORIZAÇÃO: _____ 37 - ASSINATURA: _____ 38 - RUBRICA: _____	

ARUANA SEGUROS

16 AGO 2017





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)
Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01
Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do Ossos do Antebraço Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Frat. de Ambos os Ossos do Antebraço Direito CÓDIGO: 0408020423

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. Maria Lúcia	19813
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente teve braço imprensado do lado de fora do carro com poste há 24h, resultando em Fratura do Ossos do Antebraço Direito. Evoluindo com dor e edema local.

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: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

RUANA SEGUROS

14 AGO 2017





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)

Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01

Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Ossos do Antebraço Direito CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

ASL-0314590/17
josyelli.distrib.
13/11/2017 13:24:22

ASL-0314590/17
josyelli.distrib.
13/11/2017 13:24:22

ASL-0314590/17
josyelli.distrib.
13/11/2017 13:24:22

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

ASL-0314590/17
josyelli.distrib.
13/11/2017 13:24:22

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001...
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 16:59:31

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 16:59:31





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)
Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço

Cirurgião: Dr. Leonardo Canejo

Anestesista: Dr. Maria Lucia

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Garroteamento do membro superior direito.
- 3) Assepsia e antisepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 5) Realizada incisão em face dorsal do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do rádio. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese do rádio com 01 placa DCP de 3.5mm de 07 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais.
- 6) Realizada incisão em face ulnar do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura da ulna. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese da ulna com 01 placa DCP de 3.5mm de 08 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais. Verificada boa posição dos implantes e boa redução da fratura. Prono-supinação livre.
- 7) Lavagem com SF 0,9%. Revisão da hemostasia.
- 8) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 9) Curativo

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO. CRM: 13783. Data e Hora: 15/06/2017 11:21:05

Dr. Leonardo Canejo
Assinado digitalmente
em 15/06/2017 às 11:21:05

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



Santa Casa de Misericórdia de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Reg.: 510748 - Pront.: 1093899

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/06/1975

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 41

Admissão: 12/06/2017 18:04

Alta: 16/06/2017 11:50

Admissão:

FRATURA EM ANTE BRAÇO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal

S52

FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEQUENTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade

Admissão

Alta/Transferência

Tempo

ENFERMARIA SÃO LUIZ

12/06/2017 18:04

16/06/2017 11:50

4 dia(s)

Orientação:

1) Agendar retorno para Drº LEONARDO CANEJO para 15 dias;

2) Tomar medicação prescrita;

3) Realizar RX

4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



SANTA CASA

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

EDVALDO ROSENDO FREIRES

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S52

DR. HENRIQUE COSTA BARBOSA

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

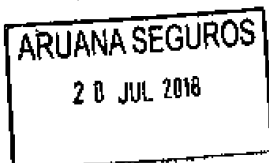


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDVALDO ROSENDO FREIRES**, prontuário nº **109.3899**, admitido neste hospital em 12/06/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Antebraço Direito, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 16/06/2017.

Segundo Internamento: Paciente admitido neste hospital em 03/05/2018 com diagnóstico de Pseudoartrose do Rádio Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 05/05/2018.

Recife, 15 de Junho de 2018.



Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

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



ANEXO B

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde Unidade de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE U.S.A			
1.2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 			
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 2.1 - NOME DO PACIENTE Georgio Renato Funes			
2.2 - DATA DE NASCIMENTO 15/07/42			
2.3 - ENDEREÇO DO PACIENTE 			
2.4 - CID - 10 			
2.5 - CID - 9 			
2.6 - CID - 10 - 1 			
2.7 - CID - 10 - 2 			
2.8 - CID - 10 - 3 			
2.9 - CID - 10 - 4 			
2.10 - CID - 10 - 5 			
2.11 - CID - 10 - 6 			
2.12 - CID - 10 - 7 			
2.13 - CID - 10 - 8 			
2.14 - CID - 10 - 9 			
2.15 - CID - 10 - 0 			
2.16 - CID - 10 - 1 			
2.17 - CID - 10 - 2 			
2.18 - CID - 10 - 3 			
2.19 - CID - 10 - 4 			
2.20 - CID - 10 - 5 			
2.21 - CID - 10 - 6 			
2.22 - CID - 10 - 7 			
2.23 - CID - 10 - 8 			
2.24 - CID - 10 - 9 			
2.25 - CID - 10 - 0 			
2.26 - CID - 10 - 1 			
2.27 - CID - 10 - 2 			
2.28 - CID - 10 - 3 			
2.29 - CID - 10 - 4 			
2.30 - CID - 10 - 5 			
2.31 - CID - 10 - 6 			
2.32 - CID - 10 - 7 			
2.33 - CID - 10 - 8 			
2.34 - CID - 10 - 9 			
2.35 - CID - 10 - 0 			
2.36 - CID - 10 - 1 			
2.37 - CID - 10 - 2 			
2.38 - CID - 10 - 3 			
2.39 - CID - 10 - 4 			
2.40 - CID - 10 - 5 			
2.41 - CID - 10 - 6 			
2.42 - CID - 10 - 7 			
2.43 - CID - 10 - 8 			
2.44 - CID - 10 - 9 			
2.45 - CID - 10 - 0 			
2.46 - CID - 10 - 1 			
2.47 - CID - 10 - 2 			
2.48 - CID - 10 - 3 			
2.49 - CID - 10 - 4 			
2.50 - CID - 10 - 5 			
2.51 - CID - 10 - 6 			
2.52 - CID - 10 - 7 			
2.53 - CID - 10 - 8 			
2.54 - CID - 10 - 9 			
2.55 - CID - 10 - 0 			
2.56 - CID - 10 - 1 			
2.57 - CID - 10 - 2 			
2.58 - CID - 10 - 3 			
2.59 - CID - 10 - 4 			
2.60 - CID - 10 - 5 			
2.61 - CID - 10 - 6 			
2.62 - CID - 10 - 7 			
2.63 - CID - 10 - 8 			
2.64 - CID - 10 - 9 			
2.65 - CID - 10 - 0 			
2.66 - CID - 10 - 1 			
2.67 - CID - 10 - 2 			
2.68 - CID - 10 - 3 			
2.69 - CID - 10 - 4 			
2.70 - CID - 10 - 5 			
2.71 - CID - 10 - 6 			
2.72 - CID - 10 - 7 			
2.73 - CID - 10 - 8 			
2.74 - CID - 10 - 9 			
2.75 - CID - 10 - 0 			
2.76 - CID - 10 - 1 			
2.77 - CID - 10 - 2 			
2.78 - CID - 10 - 3 			
2.79 - CID - 10 - 4 			
2.80 - CID - 10 - 5 			
2.81 - CID - 10 - 6 			
2.82 - CID - 10 - 7 			
2.83 - CID - 10 - 8 			
2.84 - CID - 10 - 9 			
2.85 - CID - 10 - 0 			
2.86 - CID - 10 - 1 			
2.87 - CID - 10 - 2 			
2.88 - CID - 10 - 3 			
2.89 - CID - 10 - 4 			
2.90 - CID - 10 - 5 			
2.91 - CID - 10 - 6 			
2.92 - CID - 10 - 7 			
2.93 - CID - 10 - 8 			
2.94 - CID - 10 - 9 			
2.95 - CID - 10 - 0 			
2.96 - CID - 10 - 1 			
2.97 - CID - 10 - 2 			
2.98 - CID - 10 - 3 			
2.99 - CID - 10 - 4 			
2.100 - CID - 10 - 5 			

CÓD: 1132





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Registro: 510748 Nº Protocolo: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)

Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB

Data do internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):Fratura do Ossos do Antebraço Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Trat. Cir. de Frat. de Ambos os Ossos do Antebraço Direito CÓDIGO: 0408020423

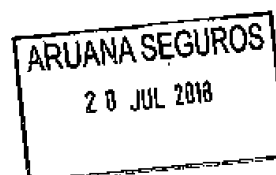
TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

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. Maria Lúcia	19813
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,



RESUMO DE CASO: Paciente teve braço imprensado do lado de fora do carro com poste há 24h, resultando em Fratura do Ossos do Antebraço Direito. Evoluindo com dor e edema local.

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: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218, Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)

Data: 20/06/2017 / 14:21 Convênio: SUS - AMB

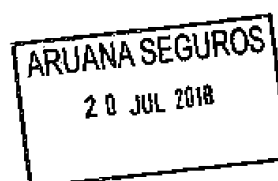
Data do internamento: 12/06/2017 18:04 Data da alta: 16/06/2017 14:01

Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do Ossos do Antebraço Direito **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: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 20/06/2017 14:22:43.

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218





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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Registro: 510748 Nº Protuário: 1093899 Sexo: Masculino Idade: 41 ano (s)

Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio: RETAGUARDA GETULIO

Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura diafisária dos ossos do antebraço direito

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura diafisária de ambos os ossos do antebraço

Cirurgião: Dr. Leonardo Canejo

Anestesiista: Dr. Marla Lucia

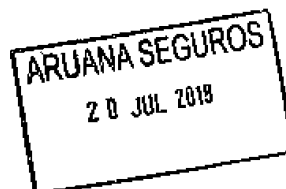
Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Garroteamento do membro superior direito.
- 3) Assepsia e antisepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 5) Realizada incisão em face dorsal do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do rádio. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese do rádio com 01 placa DCP de 3.5mm de 07 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais.
- 6) Realizada incisão em face ulnar do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura da ulna. Realizada a redução direta da fratura + osteossíntese da ulna com 01 placa DCP de 3.5mm de 08 furos, sendo fixada com 06 parafusos corticais. Verificada boa posição dos implantes e boa redução da fratura. Prono-supinação livre.
- 7) Lavagem com SF 0,9%. Revisão da hemostasia.
- 8) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 9) Curativo e

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

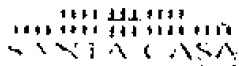
Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO. CRM: 13783. Data e Hora: 15/06/2017 11:31:05.

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedista - Traumatologia
CRM: 13783 - RPPS: 13783



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: _____ 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____				
HSA				
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: EDVALDO ROSENDO FREIRES 4 - CARTÃO NACIONAL: 510748 5 - NOME DA MÃE: _____ 6 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 7 - ENDEREÇO (RUA/Nº - BAIRRO): _____ 8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:		
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL:		26 - CÓD. INICIAL:	27 - CÓD. DO 1º SUBDIAGNÓSTICO:	28 - CÓD. DO 2º SUBDIAGNÓSTICO:
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS(AIS)				
X - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:		
Trat. Cirúrgico Pseudoartrose do Rádio Direito +		0408020598 / 0408040211		
Enxerto ósseo + Parafusos de Placa + Parafusos		0408060379		
30 - DATA DE ACOMPANHANTE:		31 - DATA DE UM TPO:		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:		
Placa Biquetom		0 7 0 0 2 0 3 1 3 9 9 01		
Parafusos de Biquetom		0 7 0 0 2 0 3 1 2 3 1 01		
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Paciente operado de Fratura de Rádio Distal Direito. Evoluindo com dor, edema local e limitação funcional, resultando em Pseudoartrose do Rádio Direito. Necessitando de novo procedimento cirúrgico. Operado Alta Hospitalar após melhora.				
ARUANA SEBUROS 20 JUL 2018				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO:		
DR. LEONARDO GANEJO		03/05/18		
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:		
_____		_____		
46 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				

CÓD. 1192



SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente: Edvaldo Rosendo Freires			
Nome da Mãe:			
Clínica: Ortopédica	Enfermaria: São Luiz	Leito: G2	
Prontuário: 510748	Nº AIH		
Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico) Pseudoartrose do Rádio Direito			CID:
Procedimento solicitado: Int. Cir. de Pseudoartrose do Rádio Direito + Enxerto do Iliaco + Ret. Placa e Parafusos			Código: 0408060379 0408020598 / 0408040211
Tempo de Permanência Previsto:			
Procedimento Realizado: O Mesmo			Código:
Cód.	Equipe	Nome	Matrícula Nº
1	Cirurgião	Dr. Leonardo Canêjo	13783
2	1. Aux Cirúrgico		
3	2. Aux Cirúrgico		
4	3. Aux Cirúrgico		
5	Anestesiista	Dr. Mariana Matoso	19763
6	Clínica Médica		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

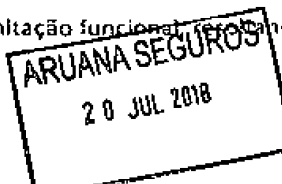
☐	Mudança de Procedimento
☐	Diária UTI
☐	Diária de acompanhante
☐	Vacina Anti RH
☐	Longa Permanência

☒	Uso de Prótese, Órtese
☐	Uso de Fat. De Coagulação
☐	Uso de Oxigenadores
☐	Nutrição Parenteral

RESUMO DE CASO

Paciente operado de Fratura de Rádio Distal Direito. Evoluindo com dor, edema local e limitação funcional, permanecendo em Pseudoartrose do Rádio Direito.

Necessitando de novo procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.



Diagnóstico Principal:	Pseudoartrose do Rádio Direito	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

Motivo da Alta:

☐	Curado	☒	Melhorado	☐	Transferência	☐	Óbito	☐	A pedido	☐	Outros
--------------------------	--------	-------------------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	--------

Data Internamento:	03/05/18	Data Alta:	05/05/18	Dias de Hospitalização:	02 DIAS
--------------------	-----------------	------------	-----------------	-------------------------	----------------

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/03/2020 16:59:31





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: 510748 Prontuário: 1093899 Data de Nascimento: 29/06/75 Idade: 42 ANO(S)
Nome do Paciente: **EDVALDO ROSENDO FREIRES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO
CPF: 98688430497

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 03/05/2018 - 10:23

Diagnóstico pré-operatório: PSEUDOARTROSE DE RÁDIO D.

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Tratamento de pseudoartrose de rádio d. + retirada de enxerto do ilíaco

Cirurgião: leonardo canejo

Anestesiista: Bloqueio de plexo

Anestesia: mariana

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Garroteamento do membro superior d.
- 3) Assepsia e antisepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Realizado incisão em face dorsal do antebraço d., Dissecção por planos e hemostasia. retirada de placa e parafusos + preparação do canal medular do radio e bordos da pseudoartrose. incisão na crista ilíaca + dissecção por planos + retirada de enxerto e colocação no foco de pseudoartrose do rádio + redução e fixação com placa bloqueada 3,5 + parafusos de bloqueio
- 6) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia.
- 7) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 8) Curativo
- 9) Retirado garrote de membro superior d.
- 10) Verificada boa perfusão distal

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

Dr. Leonardo Canêjo
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 13783 - RPP: 01123





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: 510748 Prontuário: 1093899 Data de Nascimento: 29/06/75 Idade: 42 ANO(S)
Nome do Paciente: **EDVALDO ROSENDO FREIRES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO
CPF: 98688430497



Dr. Leonardo Canójo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12723 - RPP 21122



Documentos de identificação



VALIDA EM TODOS OS TERREÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 4.873.398 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2011

NOME << EDVALDO ROSENDO FREIRES >>

FILIAÇÃO << JOÃO ROSENDO FREIRES >>
<< MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE AROEIRAS - PB DATA DE NASCIMENTO 29/06/1975

ORIGEM << 0003310155 1975 1 00036 174
0020727 80 AROEIRAS PB >>

CPF 966.534.304-97

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006/3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BARRA

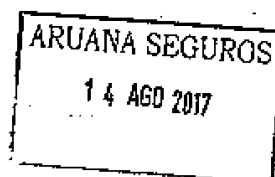
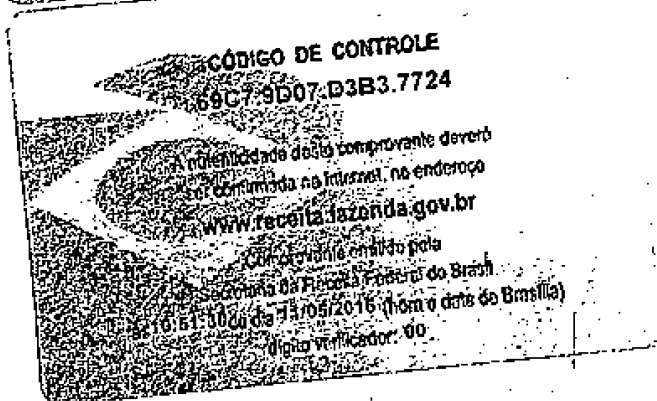
MOLESTADO

Edvaldo Rosendo Freires

CARTERA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017





Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALOR EM TOCO
1221607980

IDENTIFICACAO

NOME
VEREANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICACAO
0141855 RDE PE

CPF
054.439.294-49

DATA DE NASCIMENTO
30/04/1983

FILIAÇÃO
VEREANDA FERRAZ DE OLIVEIRA
DISTRAPETE BRANDAO DE OLIVEIRA

RENOVACAO
RENOVACAO

DATA DE VALIDADE
15/03/2011

DATA DE EXPIRACAO
16/03/2011

EMPREGACAO
sem observacao

LOCAL
RECIFE - PE

DATA DE EMISSAO
15/03/2014

ASSINATURA
[Assinatura]

NUMERO DE EMISSAO
00431594003
PROV1844037

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDAR PLASTIFICAR
1221607980

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017



Documentos de identificação



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL 4.873.398 • DATA DE EMISSÃO 13/10/2011

NOME << EDVALDO ROSENDO FREIRES >>

PAZADO << JOÃO ROSENDO FREIRES >>
<< MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE AROEIRAS - PB DATA DE NASCIMENTO 29/06/1975

DOC. OFICIAL << 0003310155 1975 1 00036 174 0020727 80 AROEIRAS PB >>

CNPJ 986.824.304-97

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.689 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES DEHIL

IDENTIFICAÇÃO

Endivaldo Rosendo Freires

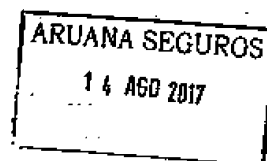
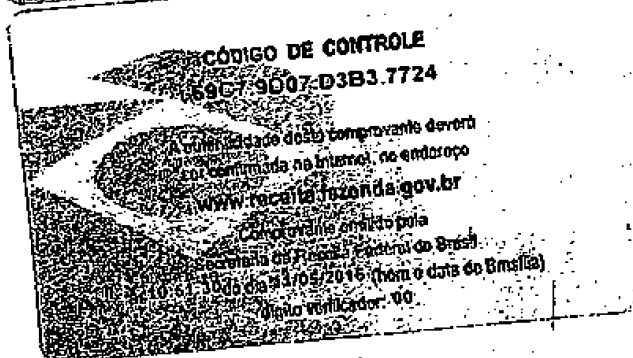
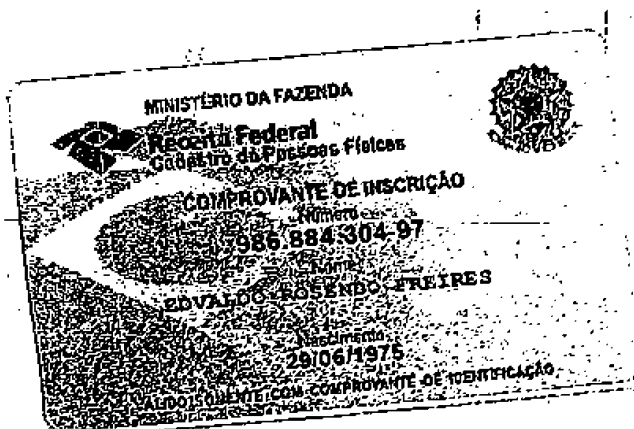
ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

14 ABO 2017





Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

RG - CENTRO NACIONAL DE EMERGÊNCIA
8141955 RDD PE

CPF
076.830.594-69

DATA NASCIMENTO
10/06/1963

PLAÇÃO
FERNANDA FERNANDA DE
OLIVEIRA
DIANEYRE BRANDAO DE
OLIVEIRA

PROFISSÃO
NOC
CIT. HABIL.

PROFISSÃO
05229956971

VALIDADE
15/02/2011

VALIDADE
15/06/2011

COMPROVAÇÃO
SEM OBSERVAÇÕES

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
15/02/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

44411504883
07071344837

1221607980

ARUANA SEGUROS
13 NOV 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 01317742943
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1049152317 ***** 2017

MARIA ELIZABETE DE SOUZA

CAMARAGIBE-PE

921.091.364-72 PGY5515

9C2KD0800FR031555

ALCO/CASOL

HONDA/NXR160 BROS E3D 2015 2015

1049152317 PARTIC PRETA

1	IPVA 2017 QUITADO	*****
2	TABALIPA	*****
3	RESERVA	*****

SEM RESERVA

CAMARAGIBE-PE 17/05/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

PE Nº 01317742943 17/05/17
MARIA ELIZABETE DE SOUZA

É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES LIGAR PARA O
153 CONDIÇÕES GERAIS E COBERTURA

WYSPRESEGUROS S.A. - SCS - 17034
SEGURADORA DPVAT

CAMARAGIBE-PE 2017 17/05/17

921.091.364-72 PGY5515

1049152317 HONDA/NXR160 BROS E3D

2015 05 9C2KD0800FR031555

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURADORA DER - DPVAT
CNPJ Nº 08.000.000/0001-91

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É NE BOMTE OBRIGATORIO

OUT



Outros



Seguradora Líder - DPVAT



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA EMILIO ROSEDO FLEIRES

DATA DO ACIDENTE 11.06.17 OF DA VITIMA 986.884.104-97

PORTADOR DO DOCUMENTO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VITIMA É _____

ENUNCIADO DO PORTADOR DAI CORDEIRO SOE FLEIRES GRANDE ADOZ

Nº 833 COMPLEMENTO CASA UF PE BAIRRO URB JACARA

CIDADE RECIFE CEP 50.970-230

E-MAIL sef@bpb.com.br e o330@gmail TELEFONE 91.98582.9414

MAQUETEM A MANEIRA DO DOCUMENTO E UTILIZE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() LAUDO DO IML, REFORMA GUTENBERG (LEGÍTIMO)

() IMPOSSIBILIDADE DE PRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, PORQUE ASSIMILADA PELA VITIMA E EXATIDÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (LEGÍTIMO), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

() DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA

() DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA

() DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAIMS

() ROLAMENTO DE EXERCÍCIO DEPOSIÇÃO PER AUTENTICAÇÃO POLICIAL (COPSA AUTENTICAÇÃO E LEGÍTIMO)

() CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INSCRIÇÃO EM Ocorrência DO ACIDENTE E O

() ATENDIMENTO REALIZADO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() IMPOSSIBILIDADE DE PRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, PORQUE ASSIMILADA PELA VITIMA E EXATIDÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (LEGÍTIMO), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

() DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAIMS

() CARTEREA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SI, MORTAL, COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALOR DE INSCRIÇÃO - MORTAL - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

VALOR DE INSCRIÇÃO - ACIDENTE - R\$ 13.500,00

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAIMS

() ROLAMENTO DE EXERCÍCIO DEPOSIÇÃO PER AUTENTICAÇÃO POLICIAL (COPSA AUTENTICAÇÃO E LEGÍTIMO)

() CARTEREA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEREA DE TRABALHO OU CARTEREA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() OF DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INSCRIÇÃO EM Ocorrência DO ACIDENTE E O

() ATENDIMENTO REALIZADO (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() IMPOSSIBILIDADE DE PRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, PORQUE ASSIMILADA PELA VITIMA E EXATIDÃO DO MÉDICO ASSISTENTE (LEGÍTIMO), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

() DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COPSA SIMPLES)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DA VITIMA (COPSA SIMPLES E LEGÍTIMO) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PAGAMENTO OU CANCELAMENTO DA VITIMA



PORTADOR DO DOCUMENTO ENTREGUE EM
DATA 11/08/2017
IDENTIDADE 641035 SOS PE

RESERVAÇÃO DE RESERVAÇÃO NA SEGURADORA
DATA 14 AGO 2017
NOME Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
ASSINATURA

ARJANA-SEGUROS

CARTA PARA REANÁLISE

Eu, EDUALDO ROSENDO FREIRES, número de sinistro 317045 0626
e CPF 986.884.304.97, venho por meio desta, solicitar uma reanálise do meu
processo.

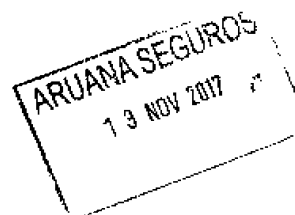
Depois de realizada minha perícia médica, recebi um valor inferior ao que deveria, levando em
conta as sequelas do meu pós-acidente.

Ciente de que serão tomadas as devidas providências, envio junto com essa carta todos os
documentos médicos enviados anteriormente e um novo laudo a fins de demonstrar de fato as
lesões que tive no meu acidente. Agradeço desde já a atenção.

Outros



NOME DA VITIMA



RECIFE _____ DE _____ DE _____





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDUARDO ROSENDO FREIRES
DATA DO ACIDENTE 11.06.2017 CPF DA VÍTIMA 986.884.304-93
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM:
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO
Nº 233 COMPLEMENTO CASA A BAIRRO VÁRZEA
CIDADE RECIFE UF PE CEP 50970-230
E-MAIL FERNANDBRANDAO2013@GMAIL.COM TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMISSO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) LAJUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELENTADO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONPRIME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA PISTA DEFINITIVA)
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM RESIDE NA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM RESIDE NA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, PORÉM, DE 15 ANOS, PODE SER O PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMISSO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMATANDO AS LESÕES SOFRIDAS NA DISCREPÂNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORÇAMENTOS E RECEPÇÕES) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORÇAMENTOS E RECEPÇÕES) DE PATRIMÔNIO ACQUISICIONAIS DO RESPECTIVO PRECATORIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM RESIDE NA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM RESIDE NA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, PORÉM, DE 15 ANOS, PODE SER O PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 1.500.000
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 1.500.000, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE: WWW.DPVATSEGUROSODANILTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1704

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 614.955-505 PE
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

NOME ARLIANA SEGURO
NOME _____
ASSINATURA _____

RECEBUE ASL 0314590/147

RECALC
3170612403

CARTA PARA REANÁLISE

Eu, EDUARDO ROSENDO FREIRES, número de sinistro 3170612403
e CPF 986884304-97, venho por meio desta, solicitar uma reanálise do meu
processo.

Depois de realizada minha perícia médica, recebi um valor inferior ao que deveria, levando em
conta as sequelas do meu pós-acidente.

Ciente de que serão tomadas as devidas providências, envio junto com essa carta todos os
documentos médicos enviados anteriormente e um novo laudo a fins de demonstrar de fato as
lesões que tive no meu acidente. Agradeço desde já a atenção.

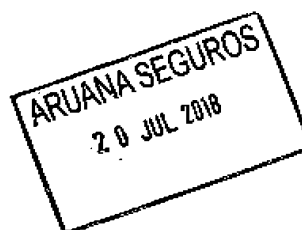
Doutros



Eduardo Rosendo Freires

NOME DA VITIMA

RECIFE 18 DE JULHO DE 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170612403

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data do acidente: 11/06/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de ossos do antebraço direito

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170612403

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data do acidente: 11/06/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DOR NO ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A DIREITA E BLOQUEIO DA PRONO SUPINACAO A DIREITA. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2017

Conduta mantida:

Observações: obs - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PRODUTOS



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
 Profissão:
 Identidade: 48733985DS PE nº 986884304 97
 Endereço: Rua P. X. S. Traversa N° 857 Bairro Novo

OUTORGADO:

Nome: FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
 Profissão:
 Identidade: E 141 955 805-DF CPF: 056 639.994-59
 Endereço: RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO N° 233
 UR: VAREZA RECIFE PE CEP 50.970-230

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, e quero confio para representar-me perante instituição HOSPITALARES, CORPO DE BOMBEIRO E SAMU, para solicitar e retirar quais quer documentação medicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. E também confio para representar-me perante SEGURADORAS referente ao seguro obrigatório - DPVAT

Camaragibe 21-06-2017
 LOCAL E DATA



Edvaldo Rosendo Freires

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE/PE
 Av. Belém, Cordeiro, 2188 - CEP: 54755-000 - Fone: Fax: (81) 3457-1112
 E-mail: cartorioevatenorio@brasil.com.br
 Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de

EDVALDO ROSENDO FREIRES

Camaragibe, 21/06/2017 - 08:28:26 Emol: R\$ 3,88

Consulte a autenticidade em pje.tjpe.jus.br/cefdigital

Selo: 00784899.EPT0520170211324

ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042



ARUANA SEGUROS

14 A60 2017



PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome:	EDVALDO ROSENDO FREIRES	
Nacionalidade:	BRASILEIRO	Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:		
Identidade:	48733985DS PE	986884304 97
Endereço:	Rua Pío X de Travença Nº 857 Bairro Novo	

OUTORGADO:

Nome:	FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA	
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Estado civil: SOLTEIRA
Profissão:		
Identidade:	6 141 956 SDSPE	CPF: 056 639 694-69
Endereço:	RUA CÔNego JOSÉ FERNANDES MACHADO Nº 233 UR. VARZEA RECIFE PE CEP 50.970-230	

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições HOSPITALARES, CORPO DE BOMBEIRO E SAMU, para solicitar e rebrar quais quer documentação medicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. E também confio para representar-me perante SEGURADORAS referente ao seguro congênito - OPVAT

Camaragibe 21-06-2017

LOCAL E DATA

Edvaldo Rosendo Freires

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE/PE
Av. Balmiro Costa, 2189 - CEP: 54785-000 - Fone: (81) 3455-1155
E-mail: carlos@evatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de:

EDVALDO ROSENDO FREIRES

Camaragibe, 21/06/2017 - 09:28:26 Emol. R\$ 3,88 - TSNR 0,78 Total R\$ 4,66
Consulte a autenticidade em pje.jus.br/selcdigital
Selo: 0076489 EPT0520170301324

ADRIELY GREICY DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042



ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Sinistro: **3170612403**
Vitima: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Data do Acidente: **11/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170612403**.

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 11999371

Pag. 01383/01384 - carta_01 - INVALIDEZ

00020692



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Nº Sinistro: **3170612403**
Vítima: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Data do Acidente: **11/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612403**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag: 00699/00700 - carta_03 - INVALIDEZ

00070350



Carta nº 11999752



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12192731

A/C: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Nº Sinistro: 3170612403
Vitima: EDVALDO ROSENDO FREIRES
Data do Acidente: 11/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001584

Conta: 0000023753-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00947/00948 - carta_15R - INVALIDEZ

00020474



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Sinistro: **3170612403**
Vítima: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Data do Acidente: **11/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170612403** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00689/00680 - carta_02 - INVALIDEZ

00060345



Carta nº 13155191



Laudo 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

Sinistro: **3170612403**
Nome do(a) Examinado(a): **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 5 TRAVESSA PIO XII nº 857 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - CAMARAGIBE/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4873398 - SSP**
Data e local do acidente: **11/06/2017 CAMARAGIBE/PE**
Data e local do exame: **06/08/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de rádio e ulna diafisários direitos

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento cirúrgico com placa e parafusos, evoluindo com pseudoartrose de rádio, fisioterapia. Alta há cerca de 2 meses.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com pseudoartrose de rádio direito, com cicatriz extensa, deficit na pronação (45 graus), supinação (50 graus), com deficit de força do membro superior direito de grau médio.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional de grau médio do membro superior direito,

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 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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Sem seqüela permanente

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

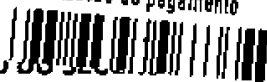
REVISOR MANTÉM O ENQUADRAMENTO E A VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR, TENDO EM VISTA A EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, PARA PSEUDOARTROSE DO RÁDIO, FAZENDO JUS À INDENIZAÇÃO PROPOSTA. -

Médico Perito: **LEONARDO DE FARIA NEVES CRM:17742/PE**


Leonardo Neves
Médico
CRM: 17742/PE

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





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, EDUALDO ROSENDO FREIRES

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.873.358 EXPEDIDO POR SOS/PE EM 13/10/17 E

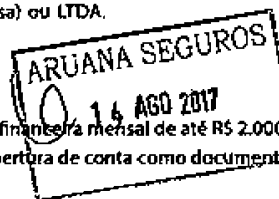
CPF 986884304-97 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO RECURSA

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDUALDO ROSENDO FREIRES, 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 aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 Lotéricas 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 a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1584 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23753-2

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.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior 13/10/17
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

3170 45 06 26

CPF da Vítima

986.884.304-97

Nome completo da vítima

EDVALDO ROSENDO FREIRES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo EDVALDO ROSENDO FREIRES		CPF titular da conta 986.884.304-97	Profissão REUSA
Endereço RUA: PIO XII 52 TRAVESSA		Número 857	Complemento CASA
Bairro BAIRRO NOVO	Cidade CAMARA GIBÉ	Estado PE	CEP 54.762-622
Email FERNANDA BRANDAO 2013 @ GMAIL.COM		Telefone (DDD) (81) 98552-9424	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPEANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1584 D/V. CONTA NRO. 23753 D/V. 2
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIBE B de NOV de 2017

Local e Data

Edvaldo Rosendo Freires

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGUROS
13 NOV 2017

FAPPF.001 V001/2017



Boletim de ocorrência



20/07/2017, 17:10



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE -
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0127004209**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/07/2017** às
15:41

HECULETE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)
Ocorrência no dia **11/6/2017** no período da Noite

Local do endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1 - Bairro: JARDIM
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**EDVALDO ROSENDO FREIRES (AUTOMÓVEL) /
EDVALDO ROSENDO FREIRES (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

**EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
L. FERREIRA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 29/07/1974 Naturalidade: NÃO INFORMADO -
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço para identificação: RUA PIO XII, 257 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

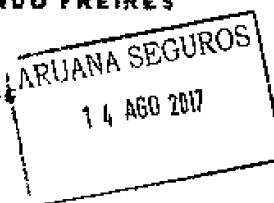
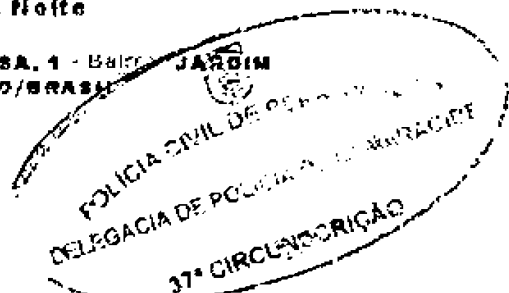
**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a), EDVALDO ROSENDO FREIRES
Tipo de veículo: MOTOCICLETA/HONDA/MXR Objeto apreendido: NÃO
Informar a UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**CPF: 212 812 123 456 789 NÃO INFORMADO) (CPF: 902 123 456 789 123 456
Data de emissão: 2017 NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação



28/07/17, 15:35

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/anal/BOEPrvicio-Infm...

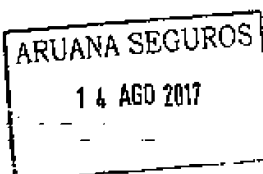
INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA INDICADA QUANDO FOI DESVIAR DE UM CAVALO E CAIU DA MOTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRACÇO DIREITO, TENDO SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CEMANSA E POSTERIORMENTE PARA O GETULIO VARGAS E AINDA PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA, INFORMA AINDA QUE O REFERIDO VEÍCULO ESTÁ EM NOME DE SUA ESPOSA CITA MARIA ELISABETE DE SOUZA.

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

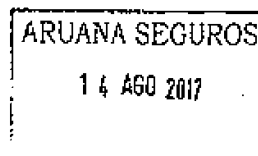
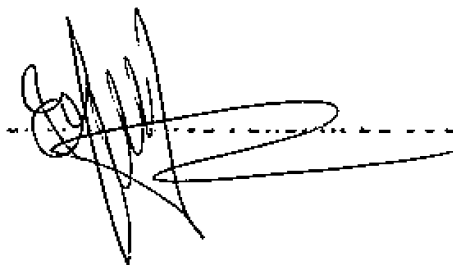
Edvaldo Rosendo Freires

EDVALDO ROSENDO FREIRES
(VITÓRIA)

Carimbo registrado por: EDVALDO ROSENDO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 2811038



Edvaldo Almeida Filho



Boletim da ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0127004209**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/07/2017** às **15:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia
11/6/2017 no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1** - Bairro: **JARDIM PRIMAVERA** -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDVALDO ROSENDO FREIRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO
ROSENDO FREIRES**

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

EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SEVERINA DO
NASCIMENTO** Data de Nascimento: **29/6/1975** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PIO XII, 857 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO
/BRASIL**

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

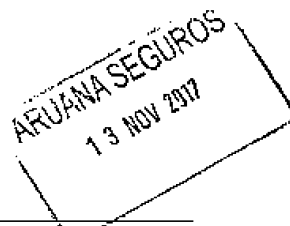
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGY5515** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD080FR031555**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

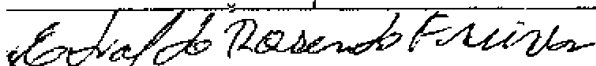
**INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA INDICADA QUANDO FOI DESVIAR DE UM CAVALO E CAIU DA MOTO
SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, TENDO SIDO SOCORRIDO POR
POPULARES PARA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE PARA O GETULIO VARGAS E AINDA PARA
SANTA CASA DE MISERICORDIA, INFORMA AINDA QUE O REFRIDO VEICULO ESTA EM NOME DE SUA
ESPOSA SRA MARIA ELISABETE DE SOUZA.**



03/11/2017 11:50



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



EDVALDO ROSENDO FREIRES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**



03/11/2017 11:50



1 de 2



Boletim de ocorrência

05/12/2017, 18:34



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE -
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0127007232**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às
18:54

Complementa o BO Número: 17E0127004209

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **11/6/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1 - Bairro: JARDIM
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
MARIA ELIZABETE DE SOUZA (OUTRO)
EDVALDO ROSENDO FREIRES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
MARIA ELIZABETE DE SOUZA

ABUANA SEGUROS

06 DEZ 2017

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

**EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SEVERINA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 28/8/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PIO XII, 867 - CEP: 55060-000 - Bairro: CENTRO -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA ELIZABETE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
ROSA FRANCISCA Pat: ARNALDO FLORIANO Data de Nascimento: 3/9/1975 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): MARIA ELIZABETE DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não**
Identidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

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

Edualdo Roberto Frussa

B.O. registrado por: **MAREK S LUIZ SILVA** - Matrícula: 148748-2

ARUANA SEGUROS
06 DEZ 2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ACIRC-DIM9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0127007235**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **20:42**

Complementa o BO Número: **17E0127007232**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **11/6/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA ELIZABETE DE SOUZA (OUTRO)
EDVALDO ROSENDO FREIRES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO**
Data de Nascimento: **29/6/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA PIO XII, 857 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARIA ELIZABETE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSA FRANCISCA** Pai: **ARNALDO FLORIANO**
Data de Nascimento: **3/8/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA ELIZABETE DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGY5515 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2K0080FR031555**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

A SEGUROS

06 DEZ 2017

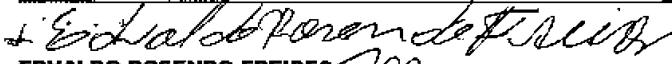
Complemento / Observação

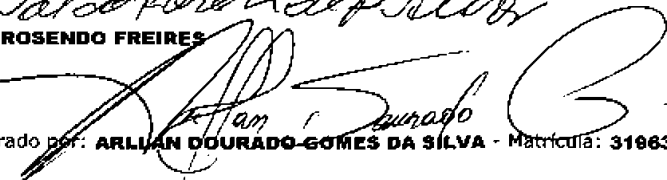
INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA INDICADA QUANDO FOI DESVIAR DE UM CAVALO E CAIU DA MOTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, TENDO SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE PARA O GETULIO VARGAS E AINDA PARA SANTA CASA DE MISECORDIA, INFORMA AINDA QUE O REFRIDO VEICULO ESTA EM NOME DE SUA ESPOSA SRA MARIA ELIZABETE DE SOUZA.

05/12/2017, 20:37



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


EDVALDO ROSENDO FREIRES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ARLIAM DOURADO GOMES DA SILVA** - Matrícula: 319638-0

ARUANA SEGUROS

06 DEZ 2017

05/12/2017, 20:35



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, EDVALDO ROSENDO FREIRES, portador da carteira de identidade nº 4.873.398 e inscrito no CPF/MF sob o nº 986.884.304-97, residente e domiciliado na TRU: 5ª PLO XII, 857 CAMARAGIBE BAIRRO NOVO Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, 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:

☒ 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;

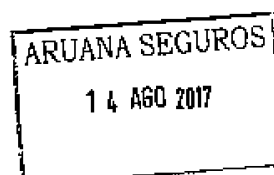
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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

Camaragibe, 14 de Agosto de 2017

Local e data



Declaração de Inexistência de IM



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, EDUALDO ROSENDO FREIRES, portador da carteira de identidade nº 4.873.398-50SIPE e inscrito no CPF/MF sob o nº 986.884.304-97, residente e domiciliado na RUA: RIO XII S-TRAVESSA, 857 - CASA - BAIRRO NOVO Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, 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:

- ☒ 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

CAMARAGIBE, 14 DE AGOSTO 2017

Local e data



GOVERNO DE
Pernambuco

UPA 24h
UPA CAXANGA 24 HS
Claydon Santos
Arquiteto - Art. 1994

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGA

Comprovação de ato declaratório



Surgos C.
Associação
Mar 1990
Mônica Lucinda

23

Data do Atendimento: 11/06/2017

Hora: 18:36:15

No. Atendimento: 1030566

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 402359

Sector / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data de Nascimento: 29/06/1975

Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias

C.I.:

Sexo: M

País ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO

Endereço: 6 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - 54762623

Cidade: CAMARAGIBE

Tel.: 81 987868651

TIPO:

Hora do Atendimento: 18 / 52 Hs

Peso: Kg

HORA:

Temperatura:

QPD / HDA:

Do a deformidade da antebraço após queda de cano

09/07/17 - Retificação: paciente apresentou trauma após acidente moto
ciclístico ao livrar-se e desviar de um cano

EXAME FÍSICO:

Filipe Mesquita
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21360

DIAGNÓSTICO:

1) Lesão difusa da antebraço

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

2) Cetorfanil 100 mg - 01 amp IM

3) Clonidina 500 mg - 01 amp + SF 0,9% 100ml

4) Tala axilopalm. D

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

51 mmHg 100% O2 / 100% O2 / 100% O2 / 100% O2 / 100% O2
30 minutos

Antônio Cesar Pereira de Sá
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22186

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/06/2017 18:33

Nome Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/06/1975
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: OR0047
Convênio:
Atendimento:
SAME:



Período: 11/06/2017 18:34 - 11/06/2017 18:35

VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 150.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Acolhido(a) por: VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

Sistema de Acolhimento com Classificação da Risco

Página 1 de 1



GOVERNO DE
Pernambuco

UPA 24h
CAXANGA 24 HS
Claydon Santos
Arquivista - Lm. 1534

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGA

Surgente ()
Assessoria Jurídica
Mora Lucinda
Real: 3800

Data do Atendimento: 11/06/2017

Hora: 18:36:15

PRONTUÁRIO: 4072359

No. Atendimento: 1030866

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: ANDREACVS

Sector / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data de Nascimento: 29/08/1975

Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias

C.I.:

Sexo: M

Pais ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO

Endereço: 6 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - 54782623

Cidade: CAMARAGIBE

Tel.: 81 997868631

Hora do Atendimento: 18:52 Hs

Peso: Kg

Temperatura: °C

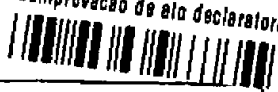
QPD / HDA: Dor e deformidade da antebraço após queda de cabo

09/07/17 - Retificação: paciente apresentou trauma após acidente moto
ciclístico ao desviar-se e desviar de um cabo

EXAME FÍSICO:

Filipe Mesquita
CRM-PE: 21360

Comprovação de ata declaratório



DIAGNÓSTICO: 1) Lesão diagnóstica da antebraço

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

- 1) Rx da antebraço
- 2) Ceftriaxona 100 mg - 01 amp IM
- 3) Paracetamol 500 mg - 01 comp + S = 99% de eficácia
- 4) Tala axilopalm. D

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

51 Minutos 11/06/2017 18:52 Hs

Antônio Cesar Barreto de Sá
CRM-PE: 22186

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

Condição da Saúde do Paciente: () Melhorado () Instável () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/06/2017 18:33



Nome Paciente:	EDVALDO ROSENDO FREIRE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	29/06/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	41
Senha:	OR0047
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 11/06/2017 18:34 - 11/06/2017 18:35

VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 150.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Acolhido(a) por: VALDENIA FELIX DE LIMA - COREN: 361930 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO ROSENDO FREIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01584

CONTA: 000000023753-2

Nr. da Autenticação 906F4747E2501958



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: 08/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO ROSENDO FREIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01584

CONTA: 000000023753-2

Nr. da Autenticação 1EDFB48DB654F714





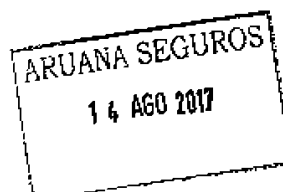
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDUALDO ROSENDO FREIRESRG nº 4.873.398, data de expedição 13/10/11, Órgão SDS/PE

CPF nº 986.884.304-97, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>TRV= 5ª PLO X 11</u>
Número	<u>857</u>
Apto / Complemento	<u>LASA</u>
Bairro	<u>BAIRRO NOVO</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54.762-622</u>
Telefone de Contato	<u>(01) 98552-9424 / (01) 99472-7853</u>
E-mail	<u>FERNANDA BRANDAO 2013 @ GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camaraçibe, 14/08/14Assinatura do Declarante: J



Nota Fiscal de Energia Elétrica
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 19.835.902/0001-06 (Insc. Est. 000594340) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
MORAIS ELISABETE DE SOUZA

ENDEREÇO DA FATURA
TV 3 PRO, ALUGUÉ A

CPF: 021.091.384-72

QUILÔMETRO 10,500, CAMARAGIBE PE
54761-522

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantenedor

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO
7015754359 05/2017

DATA DE VENCIMENTO
26/05/2017

DATA DE VENCIMENTO
20/06/2017

APRESENTAÇÃO
18/05/2017

DATA DE VENCIMENTO
20/06/2017

DATA DE VENCIMENTO
20/06/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
86,23

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL
Consumo Ativo (VWh)
Acréscimo Rastreio VERMELHA
Contribuição de Iluminação Pública

QUANTIDADE
114,0000000

PREÇO (R\$)
1,17294185

VALOR (R\$)
132,14

4,62
5,22

Ouidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO

25/05/2017

14:38:26

DATA DE EFETIVAÇÃO:

25/05/2017

CONVENIO:

000655325

OPERADOR:

Diane

REPRESENTAÇÃO NUMÉRICA

B38900000005 862300110074

015754359185 077406130033

CONVENIO: CELPE COMPANHIA ENER

PAGO EFETUADO EM:

25/05/2017

VALOR: 86,23

COD. OPERAÇÃO: 000153244

OPERAÇÃO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUI

É A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,

reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou

de fala: 0800 726 2492

Ouidoria: 0800 725 7474

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				HISTÓRICO DE PAGAMENTO			
PERÍODO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR	PERÍODO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR
01/01/2017	0,7	0,7	10,0	01/01/2017	0,7	0,7	10,0
02/01/2017	1,0	1,0	13,0	02/01/2017	1,0	1,0	13,0
03/01/2017	0,7	0,7	10,0	03/01/2017	0,7	0,7	10,0
TOTAL: 2,4				TOTAL: 2,4			



FERNANDA

CHEGOU SUA FATURA DA OI.

FATURA DE
AGR/2017

VENCIMENTO
04/05/2017

Emissão em 15/04/2017
Período de 13/03/2017 a 13/04/2017

PAGAR (R\$)
112,08



CTC CORREIOS
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE



Comprovante de residência



0000000000 10 150417

RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.



NUDE PARA A CONTA ONLINE
E acesse sua fatura ou onde estiver.
Clique em Oi e depois em Contas.

SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS MAIS

79,48

MÓVEL (81) 98552-9424
+ Oi Internet Pra Celular

28,90

TOTAL DE MENSALIDADES

109,38

Além disso, você...

utilizou mensagens / Internet móvel

0,45

SUBTOTAL

109,83

Multa e Juros

2,25

TOTAL DA SUA FATURA

112,08

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 056.638.894-68
NÚMERO DO CLIENTE: 2889763434
NÚMERO DA FATURA: 7737462785
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287

PRECISA DE AJUDA?



WWW.OI.COM.BR/MINHAOI

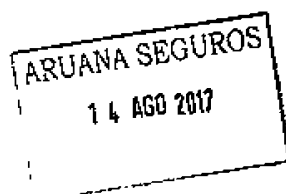
Aqui você acessa e gerencia todas as faturas,
analisar seu consumo, consultar saldos
e gerenciar seus D+ pontos.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor da sua fatura nos últimos meses:

Abr 2017	112,08
Mar 2017	111,63
Fev 2017	114,21
Jan 2017	89,90
Dez 2016	102,09
Nov 2016	105,89

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após emissão da 1ª notificação e, no máximo 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua ativa e receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos Órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-83



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
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 móveis

DADOS DO CLIENTE
MARIA ELISABETE DE SOUZA
CPF: 921.091.384-72

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV 5 PLO XII 857 CS- A
BAIRRO NOVO/CAMARAGIBE
54762-622 CAMARAGIBE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
27/10/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
20/10/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
20/10/2017

NÚMERO DA NOTA FISCAL
002374099

CONTA CONTRATO
007015754359

Nº DO CLIENTE
2011487843

Nº DA INSTALAÇÃO
0006873920

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
1DD1.F6F4.F9C6.7B0D.C599.E419.963E.375E

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,51385392	15,41
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,21
Acrescimo Bandeira VERMELHA			0,70
Multa por atraso-Nº 002392588 - 20/09/17			0,31
Comprovante de residencia			
TOTAL DA FATURA			16,63

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	16,32	1,17	0,18
					0,35
					0,87

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																												
Consumo Ativo(kWh) 0,49920000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS</th><th>CONSUMO (kWh)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>OUT 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>SET 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>AGO 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUL 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>JUN 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAY 17</td><td>114</td></tr> <tr><td>ABR 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>MAR 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>FEV 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>JAN 17</td><td>30</td></tr> <tr><td>DEZ 16</td><td>30</td></tr> <tr><td>NOV 16</td><td>30</td></tr> <tr><td>OUT 16</td><td>100</td></tr> </tbody> </table>	MÊS	CONSUMO (kWh)	OUT 17	30	SET 17	30	AGO 17	30	JUL 17	30	JUN 17	30	MAY 17	114	ABR 17	30	MAR 17	30	FEV 17	30	JAN 17	30	DEZ 16	30	NOV 16	30	OUT 16	100
MÊS	CONSUMO (kWh)																												
OUT 17	30																												
SET 17	30																												
AGO 17	30																												
JUL 17	30																												
JUN 17	30																												
MAY 17	114																												
ABR 17	30																												
MAR 17	30																												
FEV 17	30																												
JAN 17	30																												
DEZ 16	30																												
NOV 16	30																												
OUT 16	100																												

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
007000003132514304	CAT	28/09/2017	2.813,00	28/10/2017	2.813,00	30	1,00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/11/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APLICADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
DEC-Hor de horas sem Energia	CAMARAGIBE	1,97	0,10	10,36	20,77
FIC-Hor de horas sem Energia		1,00	3,30	6,60	13,20
DICR-Duração máxima de interrupção contínua		1,97	3,64	0,00	0,00
DECRI-Duração de interrupção em dia crítico					
Limite DICRI: 13,22					
EU30-Valor do Encargo de Uso - R\$ 7,43					

Todo Consumidor pode solicitar a supressão das interrupções DEC, FIC, DMC e DECRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme Art.6, XLVII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO 007015754359	MÊS/ANO 10/2017	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 27/10/2017	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitores ópticos
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ANIANA SEGUROS
13 NOV 2017



**FERNANDA**CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/MinhaOIFATURA DE
AGO/2017
CÓDIGO MINHA OI
401673631287VENCIMENTO
04/09/2017
Emissão em 15/08/2017
Período de 13/07/2017 a 13/08/2017PAGAR (R\$)
220,29CTC CORREIOS
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**VÁJE PARA A CONTA ONLINE
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em www.oi.com.br/MinhaOIFERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
CPF: 058.888.888-00
NÚMERO DO CLIENTE: 2889783434
NÚMERO DA FATURA: 804704035
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287**CÓDIGO MINHA OI
401673631287**www.oi.com.br/MinhaOI
Cadastre-se na Minha Oi e consulte estado,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

Ago 2017	220,29
Jul 2017	116,88
Jun 2017	112,80
Mai 2017	108,38
Abr 2017	112,08
Mar 2017	111,63

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês por cada dia. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua ativa e receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa) 30 dias após a Suspensão Total.

ARUANA SEGUROS

13 NOV 2017

Comprovante de residência



SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS MAIS**83,54**
MÓVEL (81) 98552-9424
+ Oi Internet Pra Celular
38,19**TOTAL DE MENSALIDADES****121,73**

Além disso, você...

realizou chamadas de longa distância

95,81**SUBTOTAL****217,54**

Multa e Juros

2,95

124,68



CLIENTE	FATURA DE	VENCIMENTO	VALOR
ERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA	AGO/2017	04/09/2017	220,29

DÉBITO AUTOMÁTICO
401673631287

Declaração do proprietário do veículo

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Elisabete de Souza,
RG nº 4.863.885, data de expedição 23/09/2014
Órgão SDS, portador do CPF nº 99.909.136.472, com
domicílio na cidade de Camaragibe, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua PIOTTS Travessa, nº 857,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDUARDO ROSENDO FREIRES, cujo o condutor era
Edualdo Rosendo Freires.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA / NXR 160 BROS E3D
Ano: 2015
Placa: PGY 5516
Chassi: 9C2KB0800FR03L555
Data do Acidente: 11/06/2017
Local e Data: 12/07/2017 Camaragibe



CARTÓRIO EVA TENÓRIO
Av. Beltrão Cordeiro, 2183 - CEP: 54765-007
E-mail: cartorio@evatenorio.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
MARIA ELISABETE DE SOUZA

Camaragibe, 12/07/2017 - 13:08:44 Emol: R\$ 3,88 + TSNR 0,78 Total R\$ 4,66
Consulte a autenticidade em pje.jus.br/setelabrigal
Selo: 0076489.RQA05201703:03184
MARIA JOSÉ B. FERREIRA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 007

Maria Elisabete de Souza
Assinatura do Declarante

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

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

