



Número: **0024011-61.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNALDO SANTANA DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69054133	05/10/2020 15:47	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715651

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO SANTANA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15293426

Pag. 0001/00012 - carta_01 - INVALIDEZ

00020266





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

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190715651

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO SANTANA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006385

Conta: 0000012559-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 051.925.494-50	4 - Nome completo da vítima: EDUARDO SANTANA M. G. P.
----------------------------	--------------------------------------	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/MINISTÉRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

5 - Nome completo: EDNOLDO SANTANA DA SILVA				6 - CPF: 031.923.4745	
7 - Profissão:		8 - Endereço: RUA 03 DE MAIO		9 - Número: 184	
10 - Complemento: CASA		11 - Bairro: JARZEA		12 - Cidade: RECIFE	
13 - Estado: PE		14 - CEP: 50741-020		15 - E-mail:	
16 - Tel (DDD): (81) 995305579					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA (BENEFICIÁRIO MORTUÁRIO):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____

19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bndesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme é disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Graude Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
--------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐	30 - Vítima deixou rastro/huio (ou nasceu)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não
--------------------------	--	--	---	--	--------------------------	--	--	-------------------------------------	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a ruego)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38-1# | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Name: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

42- Assinatura de vítima/autor/cleiro (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

/2019







568406
0464914/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO - VÁRZEA - DP 14ª CIRC DIM/4ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0104003777

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/12/2019 às 08:37

ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 22/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: RUA AMARO GOMES POROCA, 1 - Bairro: VÁRZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LEODELSON BASTOS DOS SANTOS (OUTRO)
EDNALDO SANTANA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDNALDO SANTANA DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA Data de Nascimento: 22/8/1982 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA TRES DE MAIO, 184 - CEP: 55000-000 - Bairro: VÁRZEA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

LEODELSON BASTOS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MARIZ VILELA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRADO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LEODELSON BASTOS DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): EDNALDO SANTANA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

File: /C:\Users\inv\in\pdp\l\m\BOEPreview.html

18/12/2019



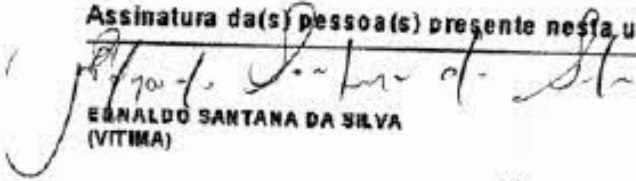
Piaca: **PCQ4252** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

QUE VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, QUANDO O OUTRO VEICULO, NAO IDENTIFICADO, ENTROU NA SUA FRENTE, SEM DÁ NENHUM SINAL, COLIDINDO NA VITIMA, QUE FOI SOCORRIDO PARA UPA DA CAXANGA.

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


ERNALDO SANTANA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **RINALDO ANDRADE FILHO** - Matrícula: **381.166-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2- Nº do sinistro ou ASI: 3- CPF da vítima: 051.923.494-50 4- Nome completo da vítima: EDUARDO SANTANA M SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo: EDNILDO SANTANA DA SILVA				6 - CPF: 031.923.4945	
7 - Profissão:		8 - Endereço: RUA 03 DE MAIO		9 - Número: 184	
10 - Complemento: CASA		11 - Bairro: VARZEA		12 - Cidade: RECIFE	
13 - Estado: PE		14 - CEP: 50721-020		15 - E-mail:	
16 - Tel (DDD): (81) 995305579					

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSPE Nº 45/2012

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1,00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

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

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

☒ **Declaro**, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?	☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos?	☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não
--------------------------	--	--	---	--	--------------------------	--	--	-------------------------------------	--

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a ruego)

37 - Assinatura de quem ~~assina~~ a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

CPF: _____

Efficiency of testosterone

40 - Local e Data: 19 de Dezembro de 2019

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (delegado): [Assinatura]

43 - Assinatura: [Assinatura]

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/2019





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d
Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-985409041

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PRÓPRIOS
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM NORMAL. NEGA TCE, DESMAIO E VÔMITOS.
FRATURA DA CLAVICULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ

UPA24h
UPA CAXANGÁ
Dr. Ricardo Fittipaldi
Coord. Medicina
CRM: 11727

UA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-985409041

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Idade: Nascimento:
37a 7m 8d 22/02/1982

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

Conduta:

RX TORAX E OMBRO ESQ

[Assinatura]
RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO SANTANA DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06385

CONTA: 000000012559-3

Autenticação:

BE9C1B84C9646CE6038BC29EF7E8D6D1A0B663EE101BB24E6E4FBA1431B7102C





União Social do Espírito Santo - Cade pelo Lei 13.405 de 16/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51000-002
CNPJ 14.816.808/01-01 | Ins. Est. 002841-01 | www.celpe.com.br

RÁCIDO DO CLIENTE

EDIV LDO SANTANA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DE MAIO 164 C.S-1

CPF 081.921.404-80

CLASSIFICAÇÃO

VRZEA/RIOFTE

REC. DE PE

52743-030

RE RESIDENCIAL

CONDIÇÃO

ASSINADO

IDENTIFICADOR
00754108 UNDA 26/06/2010
000000000000 000000000000
000000000000 000000000000
000000000000 000000000000

000000000000 000000000000
000000000000 000000000000
000000000000 000000000000
000000000000 000000000000

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38

CONSUMO	PERÍODO	VALOR
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	155,77
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	8,24
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	20,34
Consumo Amparo	01/01/2010 a 31/12/2010	12,38





ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMÃOS R.
ECIFE PE 52171-011

CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE: 548/1433 30/1/2019
ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRICULA
R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 56610-370
INSCRIÇÃO: 340.419.440.0360.200 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 054871430

ABASTECIMENTO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	ÁREA DE ABASTECIMENTO	PÚBLICA
170400		1		
INDICADOR	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE ATUALIZAÇÃO	TIPO DE CONSUMO (AL)	
A175611159	10/09/2019	09/10/2019	REAL	

ÁGUA:
LEIT. AM: 238 CONSUMO: 12
LEIT. AT: 250
LEIT. FAT: 250

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EAIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN. A LEGIS.
06/2019	16	TURBIDEZ	120	145	145
07/2019	16	COR APARENTE	148	140	140
08/2019	17	CLORO RESIDUAL	148	140	148
09/2019	22	COLIF. TOTAIS	148	140	147
10/2019	15	C. COLI	148	140	148
11/2019	13				
MEDIA:	17				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 05% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	2 M3	10,10
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 09/2019		1,00

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL IUS	VALOR DO IMPOSTO
ISS	54,18	1,65	0,89
ICMS	54,18	7,60	4,12

VENCIMENTO: 20/10/2019

TOTAL A PAGAR: 55,18

RENSAGER:



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Artur Vitoriano da Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064, 92 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ednaldo Santos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.925.494-50, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Ednaldo Santos da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.925.494-50 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Apuleu Vieira</u>	Número	<u>113</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Varzea</u>	Cidade	<u>Recife</u>	Estado	<u>PE</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)		CEP	<u>50810-370</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>(81) 99530559</u>

Recife, 18 de Dezembro de 2019
Local e Data

Artur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d
Nascimento: 22/02/1982

Data do Atendimento: 22/08/2019

Sexo: MASCULINO
Contatos: 81-985409041

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PRÓPRIOS
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM NORMAL. NEGA TCE, DESMAIO E VÔMITOS.
FRATURA DA CLAVICULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ

UPA24h
UPA CAXANGÁ
Dr. Ricardo Fittipaldi
Coord. Medicina
CRM: 11727

“UA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-985409041

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Idade: Nascimento:
37a 7m 8d 22/02/1982

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

Conduta:

RX TORAX E OMBRO ESQ

[Assinatura]

RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: 81-985409041

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 22 DE AGOSTO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HGV

SENHA: 5754730

QP:

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO. VEIO A UPA POR MEIOS PRÓPRIOS
EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, ECG 15
NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM NORMAL, NEGA TCE, DESMAIO E VÔMITOS.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQ E ESCORIAÇÕES EM BRAÇO ESQ., em: 22/08/19 09:52

EVOLUÇÃO:

RX OMBRO ESQ E TORAX COM FRATURA DIAFISÁRIA CLAVICULAR ESQ COM ENCURTAMENTO DE 2-3 CM
CD> TRANSFERÊNCIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, em: 22/08/19 10:14

UPA 24h
CAXANGÁ
RECIFE/PE
22/08/2019
10:14
MARCELO CORREIA

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome:
476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA

Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Data do Atendimento: 22/08/2019

Sexo: MASCULINO Contatos: - / 81-985409041

Prontuário: 00426600

Nº Atendimento: 01335057

Mãe:
EDILEUZA HELENA DE SANTANA

Endereço:
RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA -
RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE CLAVICULA ESQ, em: 22/08/19 09:52

CID PRINCIPAL:

CONDLTA:

RX TORAX E OMBRO ESQ, em: 22/08/19 09:52

Handwritten signature and stamp of Marcelo Correia

MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome: 476600-EDNALDO SANTANA DA SILVA
Idade: 37a 7m 8d Nascimento: 22/02/1982

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-985409041

Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA
Endereço: RUA TRES DE MAIO, 184 - VARZEA - RECIFE/ PE - CEP: 50741020

Data do Atendimento: 22/08/2019

Prontuário: 00476600

Nº Atendimento: 01335057

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864

EVOLUÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO

RX OMBRO ESQ E TÓRAX COM FRATURA DIAFISÁRIA CLAVICULAR ESQ COM ENCURTAMENTO DE 2-3 CM
CD> TRANSFERENCIA PARA TRATA CIRURGICO

[Assinatura]
RICARDO FITTIPALDI CRM: Nº 17864
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2019-08-22 09:37:08

Nome Paciente:	EDNALDO SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente:	476600
Data de Nascimento:	22/02/1982
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	OR0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1335057 
SAME:	

Período: 2019-08-22 09:37:08 - 2019-08-22 09:41:15

Prioridade:	URGÊNCIA
Cor:	AMARELO
Alergia(s):	- NEGA -
Queixa Principal:	REFERE DOR EM OMBRO E MSE PÓS TRAUMA HOJE (QUEDA DE MOTO) NEGA DESMAIO NEGA VOMITO
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	TRAUMA MODERADO
Discriminador(es):	- DOR MODERADA
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 6 - P.A. SISTOLICA: 120.00 MM/HG - P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG
Alergias Atuais do Paciente	
Substância	Observação
- NEGA -	

Acolhido(a) por: ISAIAS DE SOUSA PEREIRA - COREN: 467363 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2019-10-01 08:04:00





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:656545 Prontuário:1183805 Data de Nascimento:22/02/82 Idade:37 ANO(S)
Nome do Paciente:**EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:EDILEUZA HELENA DE SANTANA
RG: 5897477

Data: 27/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento cirurgico de fratura da clavícula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0)

CÓDIGO: 040801017-7
040302007-7
040801011-8
040806067-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirurgico de fratura da clavícula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supraclavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0) CÓDIGO:040801017-7
040302007-7
040801011-8
040806067-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ALVARO COSTA	19793
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:AJALMAR AMORIM	4360
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: PRISCILLA DE CARVALHO GRECH, CRM: 27539. Data e Hora: 27/08/2019 15:55:59.





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **EDNALDO SANTANA DA SILVA**, prontuário nº 1183805, admitido neste hospital em 23/08/2019 com diagnóstico de Fratura de clavícula esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 28/08/2019.

Recife, 18 de Setembro de 2019.

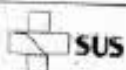
Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRMIPE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

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





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 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CITE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

656545

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - RACIA

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - COD. DO PRINCIPAL

27 - COD. DO SECUNDÁRIO

28 - COD. DO CAUSA ASSOCIADA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

0408030150

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0403060670

Placa de reconstrução 3,5mm

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

070203092901

Parafusos Corticais

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente de 37 anos com fratura da clavícula esquerda após acidente de moto sendo submetido ao procedimento cirúrgico sem intercorrências

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Alvaro Gonçalves da Costa Lima

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/08/19

04830398480

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





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:656545 Prontuário:1183805 Data de Nascimento:22/02/82 Idade:37 ANO(S)
Nome do Paciente:**EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:EDILEUZA HELENA DE SANTANA
RG: 5897477

Data: 27/08/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA, CRM: 19793 Data e Hora: 27/08/2019 14:09:28.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/10/2020 15:47:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515472687000000067718899>
Número do documento: 20100515472687000000067718899

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

Nome: EDNALDO SANTANA DA SILVA
Nº Registro: 656545 N° Protuario: 1183805 Sexo: Masculino Idade: 37 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: . Data: 23/09/19

SOLICITAÇÃO

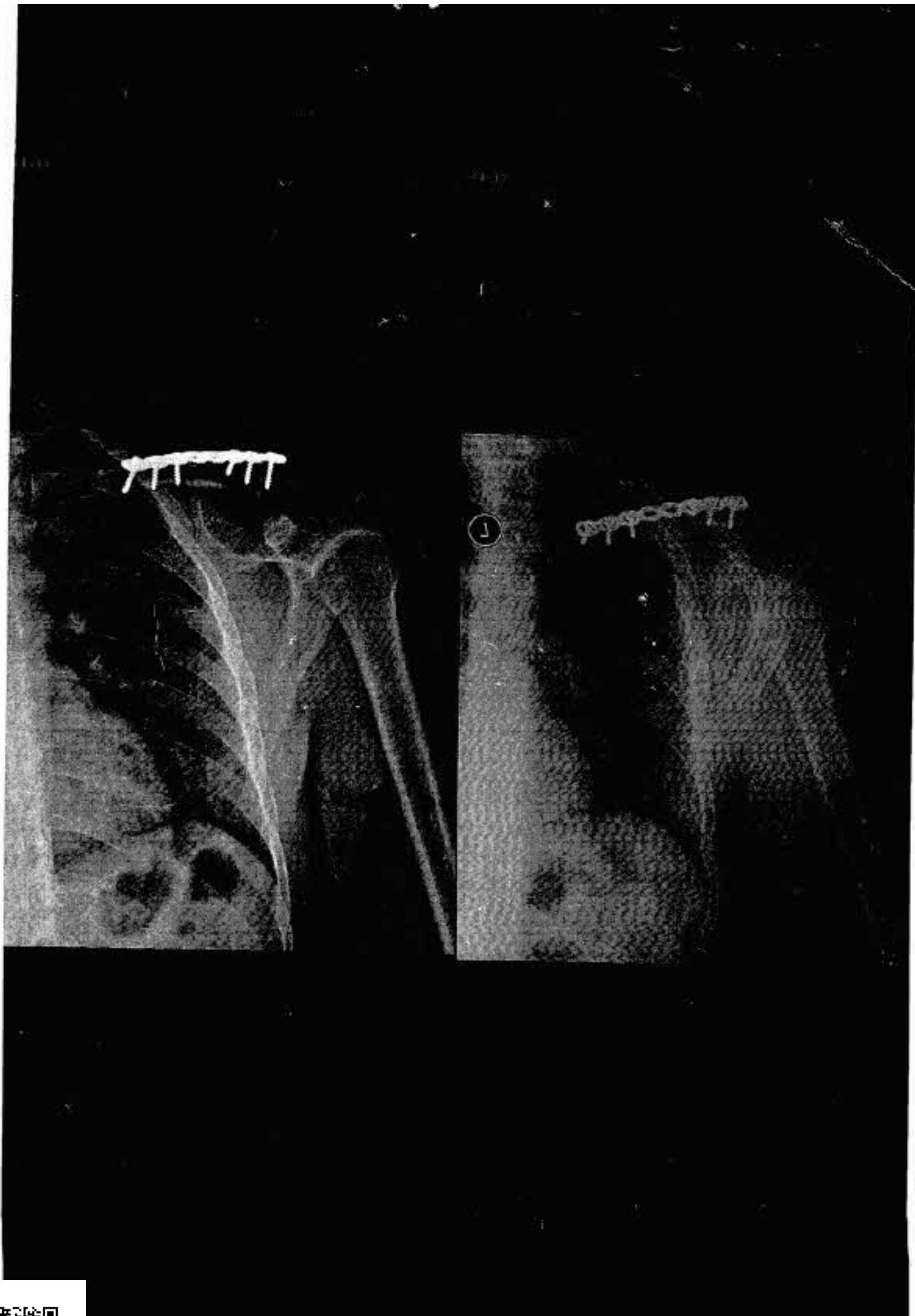
USG OMBRO (OMBRO ESQUERDO)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/10/2020 15:47:26
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515472687000000067718899
Número do documento: 20100515472687000000067718899

??

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE - Telefone: 3412-3800







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: 656545 Prontuário: 1183805 Data de Nascimento: 22/02/82 Idade: 37 ANO(S)
Nome do Paciente: **EDNALDO SANTANA DA SILVA** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: EDILEUZA HELENA DE SANTANA
RG: 5897477

Data: 27/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 27/08/2019 - 14:07

Diagnóstico pr-operatório: Fratura da clavícula esquerda

Diagnóstico ps-operatório: o mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula (cod: 040801017-7) + Neurolise do nervo supradavicular (cod: 040302007-7) + Osteotomia (cod: 040801011-8) + tratamento cirúrgico de retração muscular (cod: 040806067-0)

Cirurgião: Álvaro da Costa Lima

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Ajalmar

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Neurolise de nervo sensitivo supradavicular. Identificado o foco de fratura. Realizado redução da fratura (com osteotomia para facilitar redução) e fixação com placa de reconstrução 3,5 e liberação de retração muscular.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tópia

MEDICO: Dr. ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA
CRM: 19793

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA. CRM: 19793. Data e Hora: 27/08/2019 14:09:28.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 05/10/2020 15:47:26
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100515472687000000067718899>
 Número do documento: 20100515472687000000067718899

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - PE Nº 015101999478

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

LEODELSON BATISTAS DOS SANTOS

RECIBE-PE

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015101999478 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEODELSON BATISTAS DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIBE-PE
CPF: 920.462.934-95
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PLACA: 920.462.934-95
MARCA: HONDA
MODELO: CB 130
DATA: 11/12/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190715651

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2019

Seguradora: ARUANA SEGURODORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
(P3,7,12,13)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE ANATÔMICA MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464914/19
Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA
CPF: 051.925.494-50
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: EDNALDO SANTANA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA : 051.925.494-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE EDNALDO SANTANA DA SILVA

Portador (a) do documento de identidade n. 5.897.477 expedido por SP-PE em
20 / 11 / 15 inscrito no CPF sob o n. 091.925.494-50, residente na
03 AÉ MARI n. 124
complemento CASA, Barrio Varia cidade Recife, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

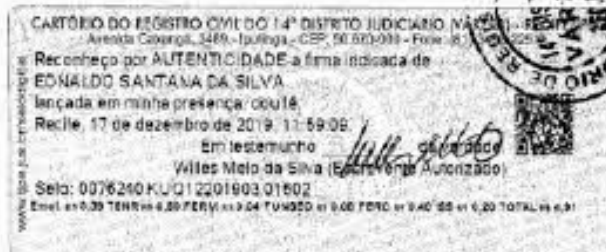
Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de INVALIDEZ
PERMANENTE, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 22 / 08 / 2019

Recife

17 de DEZEMBRO de 2019

OUTORGANTE

Ednaldo Santana da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0464914/19
Vítima: EDNALDO SANTANA DA SILVA
CPF: 051.925.494-50
Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: EDNALDO SANTANA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

EDNALDO SANTANA DA SILVA : 051.925.494-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/12/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

