



ROMÁRIO MIGUEL
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, **Edvaldo José dos Santos**, brasileiro, casado, vigilante, devidamente inscrito no CPF/MF n. 028.446.914-98, residente na Rua Maria da Glória Bazante, n. 25 – B, Lot. São Roque, Condado – PE, CEP: 55940-000, declaro, especialmente para obter o benefício da assistência judiciária gratuita de que trata a Lei 1.060/50 e o artigo 98 do Código de Processo Civil, que sou pobre na acepção legal do termo, não dispondo de recursos financeiros para o pagamento das custas, despesas processuais e honorários de advogado e/ou de perito, sem que com isso prejudique a minha manutenção e sustento e de meus familiares.

Condado - PE, 17 de maio de 2019.



Edvaldo José dos Santos



ROMÁRIO MIGUEL - ADVOGADO
OAB – PE Nº 44.807
E-MAIL: adv.romariomiguel@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME EDVALDO JOSE DOS SANTOS
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 5627953 SSP PE
DATA NASCIMENTO 08.04.1977
CPF 028.446.914-98
FILIAÇÃO ZAO DECLARADO
SEVERTEA MARIA DOS SANTOS
SEX M
ESTADO CIVIL CASADO
PROFISSÃO ☐ **ASS.** ☐ **OUT. NAT.** ☐
VALIDADE 15/05/2023
1ª HABILITAÇÃO 27/03/2007
IP REGISTRO 04065042543
OBSERVAÇÕES

LOCAL GOIABA, PE
DATA EMISSÃO 15/05/2017
ASSINATURA DO TITULAR *Edvaldo Jose dos Santos*
ASSINATURA DO EMISSOR Carlos Andreus Sousa Ribeiro
PERNAMBUCO

1424714868
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ARIANA SECURADORA
08 FEV 2019



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001 08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.cepe.com.br

LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA

LO ROQUE 25 B QUADRA 3 LOTE 47

CPF 089 170 844-86

CENTROUNIONADO

CENTRO COM
CONDADO PE
55940-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
043818247	UNICA	21/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/12/2018	2001301725	873518

CONTA CONTRATO	MESUANO
2447396010	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA PROPOSTA LITIGIOSA
02/01/2019	21/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	21.01

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(WWh)	30.00000000	0.54555485	16.36
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.06
ICMS Subvenção-CDE-NF 096268088-20/10/18			0.83
Multa por atraso-NF 038996610 - 21/11/18			1.87
Juros por atraso-NF 038996610 - 21/11/18			0.59
Atualização IGPIM-NF 038996610 - 21/11/18			0.26
PRO-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 3888			0.98

TOTAL DA FATURA

21.01

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (m³/mês)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MB04713	CAT	21/11/2018	25 867,00	21/12/2018	25 897,00	30	1,00000		30,00

Month/Year	Births
DEC 18	30
NOV 18	122
OCT 18	138
SEP 18	119
AGO 18	133
JUL 18	125
JUN 18	128
MAY 18	146
ABR 18	139
MAR 18	136
FEV 18	129
JAN 18	181
DEC 17	158

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR R\$
ICMS			
DIV	16,45	0,79	
COFINS	16,45	3,61	

consentido no consultado

Geçişler	Oran	Oran (%)
Geçişler Enerji	1,03	42,66%
Transmisyon	1,04	5,32%
Diğer Enerji (Kapasite)	4,87	28,60%
Perakende Enerji	1,53	9,30%
Yenilenebilir Enerji	1,25	7,60%
Yedekleme	0,71	4,32%
Total	24,46	100%

TARIFAS EPICORIAS 0,52+5600

Consumo Ativo (R\$)

0.52196000

9454 BE8D AAD1 BE82 BE38 B891 78A7 E40F

Pague no ponto mais perto do visível às condições: avenda quinze de novembro cento e novo brasil supermercado e varejo torresma 640 termo centula completa em www.carla.com.br "Ainda da fatura o bandeirante virgílio e Verde. Mais informações em www.avenda.com.br". Os clientes é compensado quando há falha na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pague: 19% (R\$1414822), em junho 2013. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o pagamento de alimentos comerciais. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura à qualquer tempo. Artº 7º RRB 581/13.

As condições gerais de funcionamento (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.cetes.com.br

CONGRUO	VALORI	UNITA	UNITA	UNITA
---------	--------	-------	-------	-------

TENSÃO	LIMITE DE VARIAÇÃO NO
--------	-----------------------



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	028.446.914-98	Edvaldo José dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Edvaldo José dos Santos		
Profissão: Vigilante	Endereço: R. Roque - 303	CPF: 028.446.914-98
Bairro: Loteamento São Roque	Cidade: Condado	Número: 253
E-mail:	Estado: PE	Complemento: 25B
		CEP: 55940-000
		Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: 4065 CONTA: 01026220

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

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Vivos: Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Condado, 21/01/19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

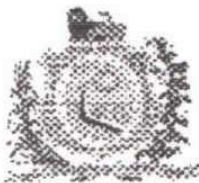
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



2 de 2

17/01/2019 12:57



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134000181**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2019** às **12:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/11/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 1, PE049** - Bairro:
CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (AUTOR / AGENTE)
LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA (OUTRO)
EDVALDO JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **EDVALDO JOSE DOS SANTOS**

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

EDVALDO JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/8/1977 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CONDADO, 25, LOTEAMNETO SÃO ROQUE 25B - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LUZIANA MARIA BARROS DE SOUSA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO JOSE DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE00200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4E20CR004656**

ARIANA SECURADORA
08 FEV 2019



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/.infopol/xml/BOEPrevie...

Complemento / Observação

A VÍTIMA DECLARA QUE ESTAVA TRANSITANDO NA MOTOCICLETA EM TELA NA PE
949 SENTIDO PONTA DE PEDRA ENTRADA ATLANTISQUANDO UM ANIMAL
CACHORRO ENTROU NA VIA VINDO A VÍTIMA COLIDIR NA PARTE TRASEIRA DO
CACHORRO VINDO A CAIR EM SOLO SENDO SOCORRIDO POR POPULAR
ENCAMINHADO AO HOSPIITAL DE GOIAN SEQUE ANEXO CÓPIA DO ATENDIMENTO E
OUTROS DOCUMENTOS

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

Edvaldo Jose dos Santos
EDVALDO JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE ALBERTO FERREIRA DE SOUZA JUNIOR** - Matrícula:
351005-0



SEGUNDO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VANTAGEM SOBRE O POSSIVEL CARGO PESSOAL TRANSFERIDOS OU NAO SE GUARDA DPVAT

PE Nº 013817245709 BILHETE DE SEGURO DPVAT
LUZIANA MARIA BARROS DE SOUZA

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 622 1204

CONDADO-PE

1	089.170.844-86	EXERCÍCIO 2018	DATA EMISSÃO 22/08/18
RENAVAM	CPF / CNPJ		PLACA
373198163			PEN0200
ANO FAB 2011	DATA DE	MARCA / MODELO	
09		HONDA / BIZ 125 ES	
	IN CHARGES		
		9C2JC4620CR004656	

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	RENAVAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO PARCELADO	DATA DE QUITÇÃO

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
FIM NA FIM PORTO CRISTO

NOV-2017

ARIJANA SECIPADORA
08 FEB 2019



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

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

Eu, Luciana Maria Barros de Sousa,
RG nº 8.021.094, data de expedição 07/03/2006
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 089.170.844-86,
com domicílio na cidade de Condado, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Quadra 03 Lote 47, nº 25B,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Edvaldo José dos Santos, cujo o condutor era
Edvaldo José dos Santos.
Veículo: Moto Modelo: Honda/Biz 125 ES Ano: 2011/2012
Placa: PEX 0200 Chassi: 9C2JC4820CA004656
Data do Acidente: 30/11/2018.

Local e Data: Condado/PE, 08/02/2019

Luciana Maria Barros de Sousa
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO
Titular: LETICIA ANDRADE DE AZEVEDO
Telefone: (81) 3642-1026

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LUZIANA MARIA
BARROS DE SOUSA DOU PE, Condado, 08/02/2019, em test
da verdade. Pollyana
Maria Andrade Oliveira de Menezes - Substituta Emol. R\$
3,43 TSNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 ISS R\$ 0,16

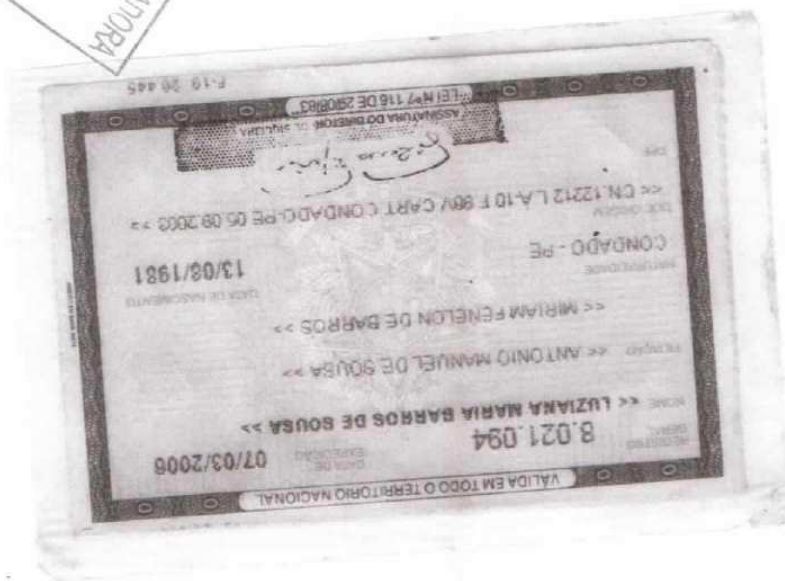
Selo: 0077636.VUE02201901.00870 08/02/2019 09:29:55
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARIANA SEGURADORA
08 FEV 2019





ARLIANA SCCHIRANORA
08 FEV 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDVALDO JOSÉ DOS SANTOS,

RG nº 5 627.953, data de expedição / / , Órgão SSP/PE,

CPF nº 028.446.914-98, 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>Quadra 03 LOTE 47</u>
Número	<u>25 B</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CONDADO</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55.940-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CONDADO-PE, 08 DE FEVEREIRO DE 2019

Assinatura do Declarante: Edvaldo José dos Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0048645/19

Número do Sinistro: 3190113052

Vítima: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

CPF: 028.446.914-98

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/04/2019
Nome: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA
CPF: 110.759.814-17

ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2019
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.446.914-98

ABENILDA MARIA BARBOSA



Número do Registro:	Data e Hora de Atendimento:	Prontuário Local:	Prontuário Integrado:	Local de Entrada:
2018/ET018093	30/11/2018 18:49			Emergencia Traumatologica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 189430 EDVALDO JOSE DOS SANTOS		Registro SUS:	
Nascimento: 26/06/1977 Idade: 41		Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VIGILANTE	Naturalidade: GOIANA	Nacionalidade: BR
Documento de Identidade:	Filiação: SEVERINA MARIA DOS SANTOS		
Endereço (Av., Rua, etc.): LOTEAMENTO SAO ROQUEL 296		Complemento:	
Bairro: CONDADO	Cidade: CONDADO	UF: PE	Telefone: 96671287
Acompanhante: OSONIL/AMIGO			
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO	- Act. Moto (Queda, Colisão)		Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Procedência: LOCAL DE TRABALHO		Meio de Transporte: Carro	

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal: dores de mto.

() Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse _____

() Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Fraqueza () Confusão

() Fadiga () Distúrbios visuais () Paraestesia e/ou Paralisia de parte do corpo

() Dor. Local em mte

() Queixa urinária _____

() Sangramento. Loc: _____

() Outras queixas: dor em mte

Encaminhamentos

() Clínica Geral
() Pediatria
() Cirurgião
(X) Ortopedista
() Serviço Social
() Maternidade
() Enfermagem
() Outros: _____

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

() Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Brônquica () Alergias
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcolismo () A.V.C.
() Outros: _____
() Uso de medicamentos: neqã nas e nã.

Classificação:

Patricia Nunes C.C. Silva
COREN-PE 141567 ENF - IS
ENFERMEIRA

Ass. Enfermagem

Sinais Vitais

P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____ rpm

Exames Diagnósticos auxiliares

() Glicemia Capilar _____ mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

8. A natureza de oportunidade de um estado
conjugado de dor e deformidade em
membro (E).

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

CID 10:

0301060100-270





XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belarmino Correia

Miguel Trass 5567886

Guia de Esclarecimento

REGIÃO: XII GERES

de Saúde: HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

41a Sexo: *M* Cor: *P* Estado Civil: *C* Profissão: *professor*

às: *20* horas do dia, *30* de *11*

Principal: *Dor e desconforto em punho (E)*

do doente atual: *do punho da mão esquerda*

Sinais: *Edema em punho (E)*

Diagnóstica: *Ex de punho (E)?*

Exame a (o): *Hospital Miguel Trass* às *20* do dia *30* de *11*

do: *Dr. Valdebar Carvalho Jr*

adeguara observação clínica por *CRUPE 19906* horas nesta unidade e não houve indicação para tratamento hospitalar

Dr. Valdebar Carvalho Jr
Médico CRM 7692
OBS 2004699096001

ARUANA RECIBIDORA
08 FEV 2019





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

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: EDVALDO JOSE DOS SANTOS
Data: 08/04/2019

16 DIAS DE RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE DE RADIO DISTAL
ESQ.
RX : FRATURA CONSOLIDADA
DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO : FLEXÃO 40 GRAUS,
EXTENSÃO : 20 GRAUS
CD : RETIRAR PONTOS
CID : S52
CD : FISIOTERAPIA

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM:14861

Reinaldo M. de Carvalho
Médico Ortopedia
CRM 14861-PE



Santa Casa de Recife
Solicitação de Exames

Paciente: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Telefone: 81996671287

Titular: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 1

Admissão: 13/12/2018 17:58

CID: S525

Data/Hora: 15/12/2018 07:50

Reg.: 617388

Pront.: 1155807

Dt. Nasc.: 26/06/1977

RG: 5627953

Matric:

Leitos: LEITO E3

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

OS:

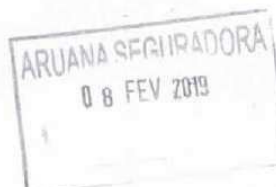
Exames Solicitados:

- 1) RX PUNHO ESQ - AP/LAT/OBLIQUAS

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218



Relatório Médico de Alta



Santa Casa de Medicina do Recife
Av. Our Camagá, 1500 - Santo Antonio - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3000 | E-mail: sa-casa@santacasa.org.br
Site: www.santacasa.org.br

Nome: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Reg.: 617388

Pront.: 1155807

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 26/06/1977

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 41

Admissão: 13/12/2018 17:58

Alta: 18/12/2018 12:02

Admissão:

FRATURA EM PUNHO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	13/12/2018 17:58	18/12/2018 12:02	5 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº REINALDO MENDES para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

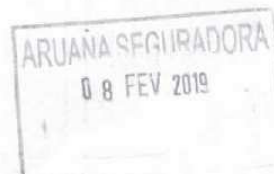
Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

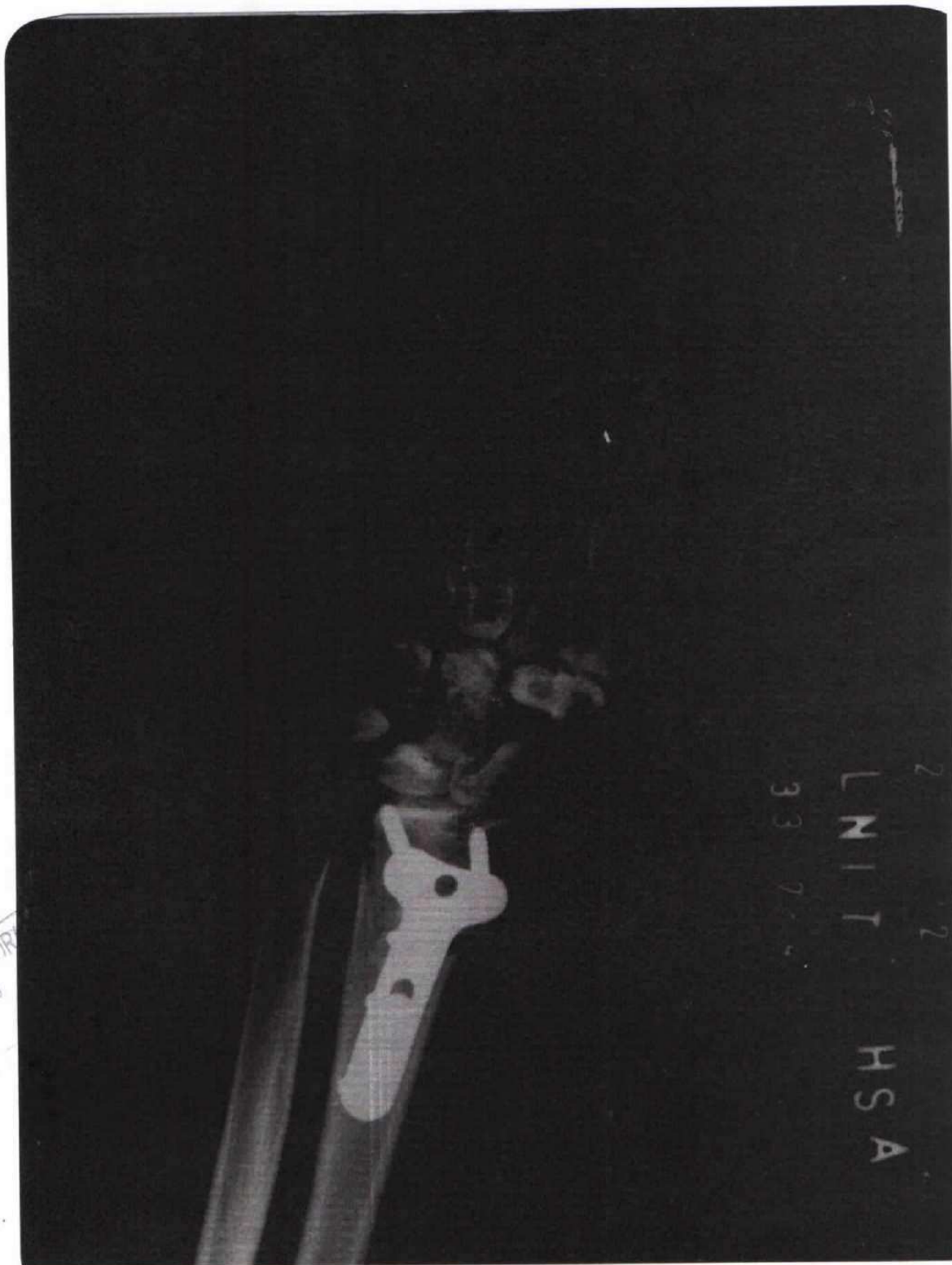
Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531



ARUANA SEGURADORA
08 FEV 2019





ARUANA SEGURADORA
08 FEV 2019

2 2
LNIT
33 7
HSA



Comunicação de Decisão

04/04/2019 11:17:19

NIT: 126.36585.45-3

Número do Benefício: 626.108.256-5

Espécie: 31

Número do Requerimento: 193701618

Ao Sr. (a): EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Endereço: CONDADO 25B LO SAO ROQUE, CENTRO

CEP: 55.940-000

Município: CONDADO

UF: PE

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 28/03/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício. O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 02/10/2019. Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retomar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: OLINDA

Endereço: AV DOUTOR JOSE AUGUSTO MOREIRA 1600, CASA CAIADA

CEP: 53.130-410

Município: OLINDA

UF: PE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 2 de Abril de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 190404QLQEV529





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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190113052

Vítima: EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMARIO MIGUEL DA COSTA SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EDVALDO JOSE DOS SANTOS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01143/01144 - carta_07 - INVALIDEZ

00070572



Carta nº 14322011

