

REPÚBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS



DETRAN - PE Nº 013435404581
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COD. RENAVAM: 45938806 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME: HENRIQUE SEVERINO GOMES

LIMOEIRO-PE

CNPJ / CNPJ: 000.058.414-23 PLACA: EEF6202

PLACA ANT./UF: *****/PE CHASSI: 9CGKE1250C0027569

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: YAMAHA / XTE 125E ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CNPJ / POT / CIL: 12 / 124CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1º 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º *****

2º ***** 3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 33000 IOF (R\$): PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: 18/08/17

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LIMOEIRO-PE DATA: 18/08/17

Cezar Augusto Sousa Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE

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 013435404581 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HENRIQUE SEVERINO GOMES

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

LIMOEIRO-PE EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 18/03/17

VIA: 1 CNPJ / CNPJ: 000.058.414-23 PLACA: EEF6202

RENAVAM: 45938806 MARCA / MODELO: YAMAHA / XTE 125E

ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2012

CHASSI: 9CGKE1250C0027569

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): COTA ATRIBUÍDA SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.803/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO

SAFETY
CORRETORA
05 FEV. 2018
DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180070490 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
LUCENA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO BEM INDICADO E OSTEOSSINTESE BEM REALIZADA, COM RECUPERAÇÃO ANATOMICA SATISFATORIA DOS PARAMETROS ANATOMICOS DO TORNOZELO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180070490 **Cidade:** Limoeiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ TORNOZELO ESQUERDO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Sinistro: 3180070490

Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Data do Acidente: 29/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180070490** 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

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478970

A/C: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Nº Sinistro: 3180070490
Vítima: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
Data do Acidente: 29/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 000005037-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPL (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

16

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

CPF da Vítima

078.124.014-05

Nome completo da vítima

Emanuel Roberto da Silva Lucena

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Emanuel Roberto da Silva Lucena		CPF titular da conta 078.124.014-05		Profissão	
Endereço Rua 5		Número 28		Complemento Casa	
Bairro Cohab		Cidade Lumiar		CEP 55.700-000	
Email		Estado PE		Telefone (DDD) (81) 99338-8886 99137-5964	

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

☒ RECLUSO 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0053

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

5037

(Informar dígito se existir)

D/V

8

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

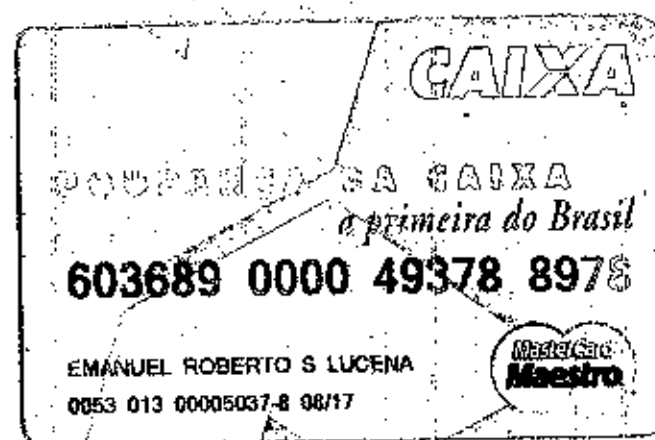
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Lumiar - PE 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emanuel Roberto da Silva Lucena

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180070490
Nome do(a) Examinado(a): Emanuel Roberto da Silva Lucena
Endereço do(a) Examinado(a): Rua S, 28
Cohab Limoeiro PE CEP: 55700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7412499
Data local do acidente: [29/10/2017]
Data local do exame: [26/02/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA-LUXAÇÃO TRIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

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

**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO EM 2 TEMPOS, COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR
CONVERSÃO PARA CIRURGIA ABERTA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA**

Complicações: NENHUMA

Data da Alta: JANEIRO/18

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

LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO

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 o 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):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

☒ (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0205002222**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/12/2017** às **12:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/10/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE** - Bairro: **JUA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CAPS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ÉRIC (TESTEMUNHA)
EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**



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

EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DE LUCENA** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **COHAB VELHA, PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 28, RUA "S" - CEP: 55700000 - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO CARMO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MOTOCICLISTA**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL**

ÉRIC (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFF6200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **459838806** Chassi: **9C6KE1250C0027569**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA** Seguro/Apólice: **013435404581**
Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA/ XTZ 125E**

Complemento / Observação

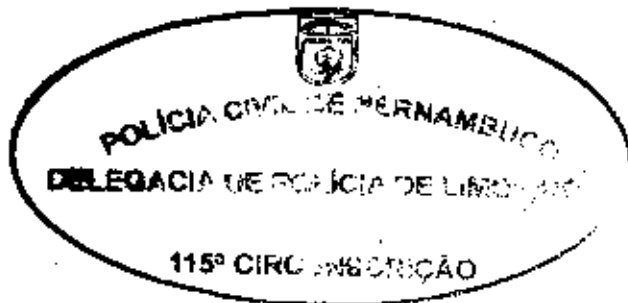
A VÍTIMA ALEGA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTOCICLETA POR VOLTA DAS 17:00 NA PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE NO BAIRRO DO JUÁ NESTA CIDADE, UM MOTOCICLISTA DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, COLIDINDO COM A VÍTIMA, SENDO QUE O MOTOCICLISTA DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA A APROXIMADAMENTE DEZESSETE MINUTOS DEPOIS POR UM POPULAR DESCONHECIDO QUE LEVOU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL JOSÉ FERNANDES SALSA NESTA CIDADE E FOI EMBORA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

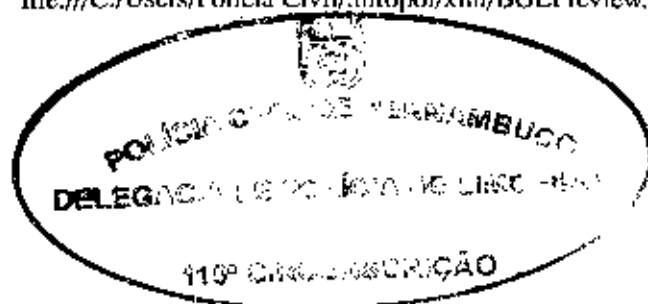
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Emanuel Roberto da Silva Lucena
EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
(VÍTIMA)

[Assinatura]

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0205002224

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/12/2017** às **16:48**

Complementa o BO Número: **17E0205002222**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/10/2017** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE** - Bairro: **JUA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO CAPS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
HENRIQUE SEVERINO GOMES (OUTRO)
ÉRIC (TESTEMUNHA)
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**



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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MOTOCICLISTA**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL**

ÉRIC (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **MECANICO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA** Pai: **JOSÉ MATEUS DE LUCENA** Data de Nascimento: **31/7/1986** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7412499/SDS/PE (RG), 07812401405 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:

- 995994850

Residencial: **BAIRRO DA COMAB VELHA, PRÓXIMO AGRJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 28, RUA "S" - CEP: 55700000 - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AGRJA NOSSA SENHORA DO CARMO**

HENRIQUE SEVERINO GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: . Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **30005841453 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700000 - Bairro: SANTA TEREZINHA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO PARQUE DE ESPOLIÇÃO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HENRIQUE SEVERINO GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA** / Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 125** Objeto apreendido: **Não** Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFF6200** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **459B38806** Chassi: **9C6KE1250C0027569** Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA** Seguro/Apolice: **013435404581** Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA/ XTZ 125E**

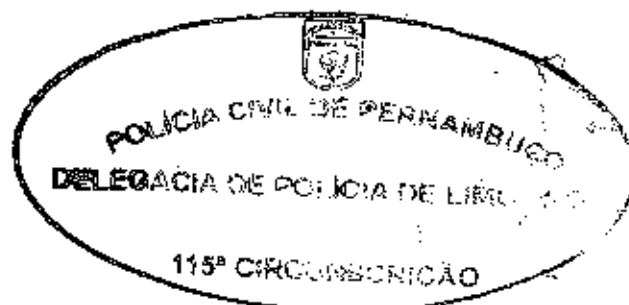
Complemento / Observação

A VÍTIMA ALEGA QUE QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE HENRIQUE SEVERINO GOMES POR VOLTA DAS 17:00 NA PRAÇA DA ACADEMIA DA CIDADE NO BAIRRO DO JUÁ NESTA CIDADE, UM MOTOCICLISTA DESCONHECIDO ATRAVESSOU NA SUA FRENTE, COLIDINDO COM A VÍTIMA, SENDO QUE O MOTOCICLISTA DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL E NÃO PRESTOU SOCORRO A VÍTIMA QUE FOI SOCORRIDA A APROXIMADAMENTE DEZESSETE MINUTOS DEPOIS POR UM POPULAR DESCONHECIDO QUE LEVOU A VÍTIMA PARA O HOSPITAL JOSÉ FERNANDES SALSA NESTA CIDADE E FOI EMBORA. SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

Emmanuel Roberto da Silva Lucena
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JOSÉ WELLINGTON DUTRA DE BARROS** - Matrícula: **3848167**





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Emanuel Roberto da Silva Lucena CPF da Vítima: 7.412.499 Data do Acidente: 29/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

Lucena PE, 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emanuel Roberto da Silva Lucena
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 151836 CNS: 704003394914767 Idade: 31 Anos 2 Meses 28 Dias Sexo: M
Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA Nascimento: 31/07/1986 Est.Civil: SOLTEIRO(A)
End.: RUA S Bairro: CEP: 55700000
Cidade: LIMOEIRO Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 7412499 SDS
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA Pai: JOSE MATEUS DE LUCENA
Profissão: VIGILANTE Responsável: Tel.: 81 95227429

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

29/10/2017 17:14 25172 ORTOPEDIA

PRE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

VDZ + DEFORMIDADE
EM TNZ (E) APÓS
QUEDA DE MOTO

TRATAMENTO:

① RX DO TNZ e PE
② Repouso SOB NARCOSE
③ JOLCO HIDROXIDO C
④ DIPIRONA 33+AD, W, AGON
⑤ SULFATO NA 23+AD, W, AGON
⑥ VAP IM
SOLHA: HOF 5287633

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX. Fx/Lx TNZ (E)

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

☐ C. R. T. J. O

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN


P. Santos
COREN-PE 1.100.533

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ OBS. BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 29/10/2017 17:14:10

SAFETY
CORRETORA

05 FEV. 2018

DPVAT

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Rua da Moura, nº 52 - Bairro Centro - Limoeiro/PE - CEP: 55.700-000 - Telefone: (81) 36.28.0099
e-mail: cartorio2o@limoeiro.pe.gov.br

Atestamos que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, deu-se em 12/12/2017 13:03:45

ARALICE NUNES DE AMORIM (SUBSTITUTO) em 12/12/2017 13:03:45

Embr.: R\$ 2,99 TSNR: R\$ 0,66 FERC: R\$ 0,33 ISS: R\$ 0,00 Total: R\$ 3,98

Selo Eletrônico de Fiscalização: 0073981.ARG12201701.01193

Consulte autenticidade em: <http://www.tubo.ios.br/seloDigital>

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: 01/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 000000005037-8

Nr. da Autenticação 5CF243218FEAFC09



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Emmanuel Roberto da Silva Lucena

RG nº 7.412.499, data de expedição 11/04/2016 Órgão SSP-PE

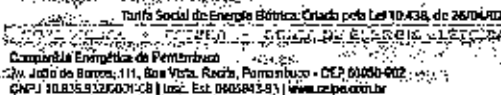
CPF nº 078.124.014-05, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua S</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cidade</u>
Cidade	<u>Limoeiro</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99938-8886 / (81)99137-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Limoeiro - PE, 16/07/2018.

Assinatura do Declarante Emmanuel Roberto da Silva Lucena



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA S 28

COABALINCEIRO
LINCEIRO DE
55300 MUN

0723835020 11/2017

DATA DE VENCIMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
22/11/2017	15/12/2017
TOTAL A PAGAR POR	

14272

$\mathcal{H}_1 = \{ \mathbf{h}_1, \mathbf{h}_2, \dots, \mathbf{h}_M \}$ and $\mathcal{H}_2 = \{ \mathbf{h}_{M+1}, \mathbf{h}_{M+2}, \dots, \mathbf{h}_{M+N} \}$ are the two sets of hypotheses. The test statistic is the likelihood ratio

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	100.0000000	0,0733314	7,33
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0,4351255	28,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	10.0000000	0,8271176	12,92
Consumo Ativo superior a 220 kWh	10.0000000	0,6750754	9,75
Apêndice Bandeira VERMELHA			15,22
Cambios de Emissão Pública			11,85
ICMS Substituído IPI DE 10% 00135366-1 13/08/17			9,29
Multa por atraso NF 001353994 - 13/08/17			2,55
Juros por atraso NF 001353994 - 13/08/17			1,25
Atualização GPM NF 001353694 - 13/08/17			0,61

TOTAL DA FÁTIMA

Nº DO MEMORIAL	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE SAB	CONDIÇÃO	AJUSTE	CONSUMO (KW)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
027086	CAT	14-10-2017	32 029,00	16-11-2017	39 303,00	3h	7200

[illegible]

04) Qual é o nome do filme lançado em 1994, dirigido por John Dahl, baseado no livro de Stephen King, que trata de um homem que consegue controlar o fogo? **Resposta: O Contador das Chamas**

ATENÇÃO! A CBL PERFORMA QUE VOCE POSSA CONTAS EM ABERTO

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved.

Vigneto	Di servizio	Mezzi	Veicolo	Di ritorno	Tempo
30/01/2012	5/01/2012	1-20/08			

Para isso, o uso planejado do rio do Delta, a regularização da energia por meio de usinas, hidrelétricas e eólicas, a construção de uma rede de irrigação de 6 mil km de SP e o CESP SA, com 100 mil km de rede, são os principais eixos de atuação da empresa. A atuação da empresa também se dá no setor de saneamento, com o CESP SA, com 100 mil km de rede, são os principais eixos de atuação da empresa.

[illegible]

CONJUNTO	TENSÃO APLICADA	TEMPO DE EXPOSIÇÃO	TEMPO DE TRATAMENTO	TEMPO DE RESFRIAMENTO	TENSÃO NOMINAL (V)	TEMPO DE VIDA ÚTIL (h)
1	100/200	10	10	10	100	1000
2	100/200	10	10	10	100	1000
3	100/200	10	10	10	100	1000
4	100/200	10	10	10	100	1000
5	100/200	10	10	10	100	1000
6	100/200	10	10	10	100	1000
7	100/200	10	10	10	100	1000
8	100/200	10	10	10	100	1000
9	100/200	10	10	10	100	1000
10	100/200	10	10	10	100	1000
11	100/200	10	10	10	100	1000
12	100/200	10	10	10	100	1000
13	100/200	10	10	10	100	1000
14	100/200	10	10	10	100	1000
15	100/200	10	10	10	100	1000
16	100/200	10	10	10	100	1000
17	100/200	10	10	10	100	1000
18	100/200	10	10	10	100	1000
19	100/200	10	10	10	100	1000
20	100/200	10	10	10	100	1000
21	100/200	10	10	10	100	1000
22	100/200	10	10	10	100	1000
23	100/200	10	10	10	100	1000
24	100/200	10	10	10	100	1000
25	100/200	10	10	10	100	1000
26	100/200	10	10	10	100	1000
27	100/200	10	10	10	100	1000
28	100/200	10	10	10	100	1000
29	100/200	10	10	10	100	1000
30	100/200	10	10	10	100	1000
31	100/200	10	10	10	100	1000
32	100/200	10	10	10	100	1000
33	100/200	10	10	10	100	1000
34	100/200	10	10	10	100	1000
35	100/200	10	10	10	100	1000
36	100/200	10	10	10	100	1000
37	100/200	10	10	10	100	1000
38	100/200	10	10	10	100	1000
39	100/200	10	10	10	100	1000
40	100/200	10	10	10	100	1000
41	100/200	10	10	10	100	1000
42	100/200	10	10	10	100	1000
43	100/200	10	10	10	100	1000
44	100/200	10	10	10	100	1000
45	100/200	10	10	10	100	1000
46	100/200	10	10	10	100	1000
47	100/200	10	10	10	100	1000
48	100/200	10	10	10	100	1000
49	100/200	10	10	10	100	1000
50	100/200	10	10	10	100	1000
51	100/200	10	10	10	100	1000
52	100/200	10	10	10	100	1000
53	100/200	10	10	10	100	1000
54	100/200	10	10	10	100	1000
55	100/200	10	10	10	100	1000
56	100/200	10	10	10	100	1000
57	100/200	10	10	10	100	1000
58	100/200	10	10	10	100	1000
59	100/200	10	10	10	100	1000
60	100/200	10	10	10	100	1000
61	100/200	10	10	10	100	1000
62	100/200	10	10	10	100	1000
63	100/200	10	10	10	100	1000
64	100/200	10	10	10	100	1000
65	100/200	10	10	10	100	1000
66	100/200	10	10	10	100	1000
67	100/200	10	10	10	100	1000
68	100/200	10	10	10	100	1000
69	100/200	10	10	10	100	1000
70	100/200	10	10	10	100	1000
71	100/200	10	10	10	100	1000
72	100/200	10	10	10	100	1000
73	100/200	10	10	10	100	1000
74	100/200	10	10	10	100	1000
75	100/200	10	10	10	100	1000
76	100/200	10	10	10	100	1000
77	100/200	10	10	10	100	1000
78	100/200	10	10	10	100	1000
79	100/200	10	10	10	100	1000
80	100/200	10	10	10	100	1000
81	100/200	10	10	10	100	1000
82	100/200	10	10	10	100	1000
83	100/200	10	10	10	100	1000
84	100/200	10	10	10	100	1000
85	100/200	10	10	10	100	1000
86	100/200	10	10	10	100	1000
87	100/200	10	10	10	100	1000
88	100/200	10	10	10	100	1000
89	100/200	10	10	10	100	1000
90	100/200	10	10	10	100	1000
91	100/200	10	10	10	100	1000
92	100/200	10	10	10	100	1000
93	100/200	10	10	10	100	1000
94	100/200	10	10	10	100	1000
95	100/200	10	10	10	100	1000
96	100/200	10	10	10	100	1000
97	100/200	10	10	10	100	1000
98	100/200	10	10	10	100	1000
99	100/200	10	10	10	100	1000
100	100/200	10	10	10	100	1000

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Henrique Severino Gomes

RG nº 2.328.836, data de expedição 12/09/2017,

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 300.058.414-53, com domicílio na cidade de Limoeiro, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) PE-50, Lagoa da Treme, nº 312, 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 Emanuel Roberto da Silva Licença cujo o condutor era o mesmo.

Veículo: motocicleta

Modelo: Yamaha/XTB 125C

Ano: 2011/2012

Placa: PPF 6203

Chassi: 9CCKE1250C0027569

Data do Acidente: 29.10.2017

Local e Data: Limoeiro, 18 de Dezembro de 2017.

Henrique Severino Gomes
Assinatura do Declarante

Cartório
3º Ofício
Limoeiro-PE
Tef (81) 3828-0762

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

SERVIÇO NOTARIAL GRAÇAS PAZ - 3º OFÍCIO DE LIMOEIRO
Rua: RUA DO PÓVO, Nº 12, CENTRO, LIMOEIRO-PE CEP: 55.000-000 FONE: (81) 3828-0762 FAX: (81) 3828-0762
Reconheço por Por Autenticidade a firma de: HENRIQUE SEVERINO GOMES
em 18/12/2017 10:41:41 e dou fé. Em testemunho da verdade. Limoeiro
- PE - MARIA DAS GRAÇAS DA PAZ PESSOA DE MOURA - Notária Cod. Op., 14
Enq. R\$ 3,49; TSMR R\$ 0,78; FERC R\$ 0,19 Total R\$ 4,46 Selo:
0073726-LSK11201501.16483 Consulta autenticidade em
www.tpe.jus.br/selodigital





SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500


RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA	Registro:
Clínica: ORTOPEDIA	Procedência:

USO ORAL

2. CEFALLEXINA 500MG _____ 01CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6H POR 07 DIAS

Data: 18/11/2017


Médico - CRM

	24SES
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
	End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió -- Recife -- PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA		
Registro: 1044682	Enf: 03	Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 30/10/2017	DATA DE SAÍDA: 18/11/2017
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA DO TORNOZELO	
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO	
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, EVOLUIU BEM E SEM QUEIXAS NO MOMENTO. EM CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL	
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE PÉ PARA CONTROLE EM: 15 DIAS	
<div data-bbox="949 1153 1181 1433"> DR. PAULO ROBERTO DA SILVA LUCENA MÉDICO CREMEP 8744808 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM</div>	





****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

REGISTRO: 1044682

ALTA HOSPITALAR EM: 18/11/2017

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA EM: 15 DIAS

MÉDICO: PÉ

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 18/11/2017
MÉDICO
JUNHEPE 24509

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)



	SES
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
	End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAME

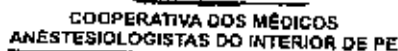
Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA	Registro:
Clínica: ORTOPEDIA	Procedência:

FISIOTERAPIA MOTORA
20 SESSÕES


Médico - CRM

Data: 18/11/2017

LA. 18/11/2017 12:40:00
MÉDICO
CRM 24609



N. 164999

VALOR

Lutz Texeira Neto

