



Número: **0022644-70.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55149319	06/12/2019 17:00	2655872_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00226447020188172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Administrativamente, a ré apurou lesão no tornozelo esquerdo com repercussão de 50%, efetuando o pagamento de R\$1.687,50.

Após deferida a produção de prova pericial, foi apurada a lesão em tornozelo esquerdo com repercussão de 75%.

Ocorre que não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos

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



médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 6 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 06/12/2019 17:00:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120617003460000000054259105>
Número do documento: 19120617003460000000054259105



Número: **0022644-70.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55149320	06/12/2019 17:00	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPUBLICA FEDERATIVA
MINISTÉRIO DAS

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

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 452833305 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2017

NOME: HENRIQUE SEVERINO GOMES

LIMOEIRO-PE

CNPJ / CNPJ: 300.058.414-53 PLACA: EFFG203

PLACA ANT./UF: ***** / PE CHASSI: 9C6KE1250C0927569

ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: GASOLINA

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

CNPJ / POT / CIL: 25 / 124 CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 1 IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1 VENC. / COTAS: 1 *****

PAID A LÍQUIDA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 335,00 ICF (R\$): 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$): 335,00 DATA DE PAGAMENTO: 16/08/17

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

LIMOEIRO-PE

CHIEF DE ARQUIVO: SGT. RIBEIRO

DETRAN - Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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.seguradralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

LIMOEIRO-PE

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 18/03/17

VIA: 1 CDD. RENAVAM: 452833305 YAMAHA / XTE 125E

ANFAB: 2011 POT: 25 CL: 124 CHASSI: 9C6KE1250C0927569

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$): SEGURO PASSO: ICF (R\$): COTA ATRIBUÍDA / SEGURO (R\$):

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.248.003/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ELE NÃO É DE SUAS RESPONSABILIDADES

DPVAT

SAFETY
CORRETORA
05 FEV 2018



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-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO BEM INDICADO E OSTEOSINTESE BEM REALIZADA, COM RECUPERAÇÃO ANATÔMICA SATISFATORIA DOS PARÂMETROS ANATÔMICOS 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 **Data do acidente:** 29/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
LUCENA

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

Pag. 00625/00626 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12416477



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Carta nº: 12478970

A/C: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA

Nº Sinistro: 3180070490
Vitima: 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

Pag. 01395/01396 - carta_15R - INVALIDEZ

00020698





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCUL



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

Nome completo da vítima

078.124.014-05

Emmanuel Roberto da Silva Lucena

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Emmanuel Roberto da Silva Lucena		CPF titular da conta 078.124.014-05	Profissão
Endereço Rua 5		Número 28	Complemento Casa
Bairro Cohale	Cidade Limoeiro	Estado PE	CEP 55.700-000
Email			Telefone (DDD) (81) 99938-8886 99737-5964

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0053		BANCO Nome NRO	
D/V		D/V	
CONTA NRO. 5037		AGÊNCIA NRO.	
D/V		D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

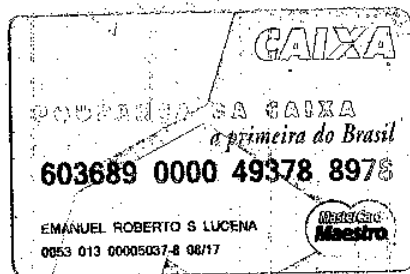
Limoeiro - PE 16 de Janeiro de 2018
Local e Data

Emmanuel Roberto da Silva Lucena
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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
CONVERSAO 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-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA RESIDUAL.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- 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
POLÍCIA 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 (Consumados) 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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ÉRIC (TESTEMUNHA)
EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (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: **31/7/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residência: **COHAB VELHA, PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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: **MUNICÍPIO 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/Apolice: **013435404581**
Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA/ XTZ 125E**

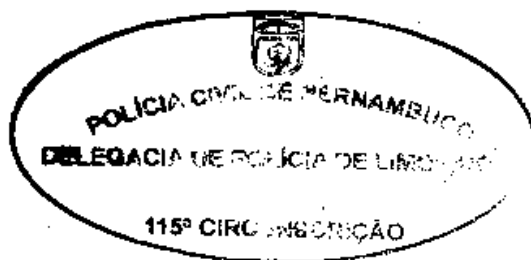
Complemento / Observação

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 SÁLSA NESTA CIDADE E FOI EMBORA, SEM NADA MAIS DIGNO DE REGISTROS, ENCERRO O PRESENTE BO.

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

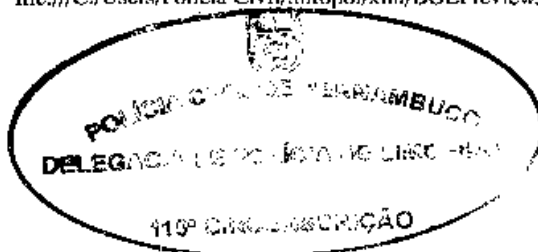
Emanoel Roberto da Silva Lucena
EMANOEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *José Wellington Dutra de Barros* - Matrícula: **3848167**



15/12/2017 12:12





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA 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: **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)
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: **MUNICIPIO 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: **MUNICIPIO 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: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares:



- 995994850

Residencial: **BAIRRO DA COHAB VELHA, PRÓXIMO AIGRJA NOSSA SENHORA DO CARMO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 28, RUA "S" - CEP: 55700000 - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AIGRJA 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: **MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, ZONA RURAL - CEP: 55700000 - Bairro: SANTA TEREZINHA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO PARQUE DE EXPOSIÇÃO**

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**

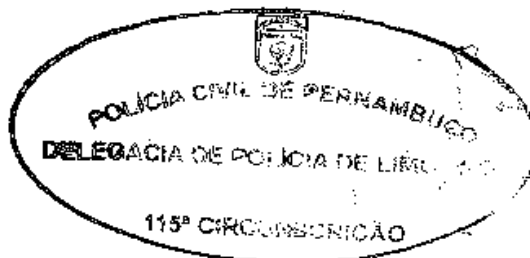
Complemento / Observação

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**



15/12/2017 16



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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)

206

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: 7412.499 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 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 contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior de 2018
Local e Data

Emanuel Roberto da Silva Lucena
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PERNAMBUCO SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO JOSÉ FERNANDES SALSA

Comprovante de atendimento
RNAMBUC: 0025172
SCULINC
Sexo:
Est.Civil: SOLTEIRO(A)
CEP: 55700000
Doc nº: 7412499 SDS
Tel.: 81 95227425

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 151836 CNS: 704003394914767 Idade: 31 Anos 2 Meses 28 Dias
Nome: EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA Nascimento: 31/07/1986
End.: RUA S Bairro:
Cidade: LIMOEIRO Nac.: BRASILEIRA
Mãe: MARIA DE FATIMA DA SILVA Pai: JOSE MATEUS DE LUCENA
Profissão: VIGILANTE Responsável:
Tel.: 81 95227425

Últimas Ocorrências:

Data: 29/10/2017 Hora: 17:14 Nº Ocorrência: 25172 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ORTOPEDIA

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

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

DOZ + DEFORMIDADE EM TNZ @ APÓS QUEDA DE MOTO

TRATAMENTO:

1) RX DO TNZ e PE
2) Redução SOB NARCOSE
3) Juntas Hiperbaricas C
4) DIPIRONA 3g + AD, W, 100ml
5) CEFALOTINA 2g + AD, W, 100ml
6) VIT IM
SOLHA: HOF 5287633

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX. Fx Lx TNZ @

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:

☐ CATETER ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

Renato F. Santos
COREN-PE 1.700.553

ENCAMINHADO:
REMOVIDO:
ÓBITO:
às _____ h _____ m do dia _____

SAFETY CORRETORA
05 FEV. 2018
DPVAT

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

CARTÓRIO 2º OFÍCIO
Rua da Moura, nº 52 - Bairro Centro - Limoeiro/PE - CEP: 55.700-000 - Telefone: (81) 3628-0099
e-mail: cartorio2o@pe.gov.br
Cartório que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, deu fé em 12/12/2017 10:02:45
ARALICE NUNES DE AMORIM (SUBSTITUTO) em 12/12/2017 10:02:45
Embr.: R\$ 2,99 TSNR: R\$ 0,66 PREC: R\$ 0,33 ISS: R\$ 0,30 Total: R\$ 3,98
Selo Eletrônico de Fiscalização: 0973981.ARR12201701.01193
Consulte autenticidade em: <http://www.tjpe.jus.br/seloDigital>

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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



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 de S. de Lucena

RG nº 7.412.499, data de expedição 11/04/2016 Órgão SSS-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:

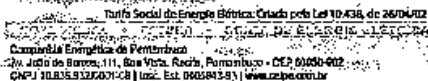
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua S</u>
Número	<u>28</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Limoeiro</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.700-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99938-8886 / (81)99137-5964</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante Emmanuel Roberto de S. de Lucena





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 6 28

COABALINCEIRO
LIMOEIRO SE
5530 44

0723835020 11/2017

DATE OF VERIFICATION	DATE OF THE PRESENT LECTURE
22/11/2017	15/12/2017
TOTAL & PAGAR OUR	

TOTAL à PAYER OUR

14272

TOTAL DA FOLHA	142,73
----------------	--------

... ..

MAF 17 319

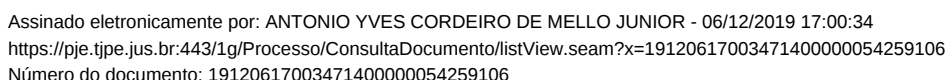
— *Journal of the American Medical Association*, 1994; 271: 1001-1002

[illegible][illegible]

414-730 (0) *Severna, prodigiosa* —
 e se a gente por acaso se interessar
 com o livro de 543 páginas, vale a
 pena. Tel: 04-304-7300. *Trabalha* de
 alien abdução e não só.

1. $\frac{1}{2}$ 2. $\frac{1}{3}$ 3. $\frac{1}{4}$

(IV)	LIMITE DE VARIACÃO (%)	
	MINIMO	MAXIMO



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 300.958.414-53, com
domicílio na cidade de Domestino, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PE-50, Fazenda Tuma, nº 31 N.º,

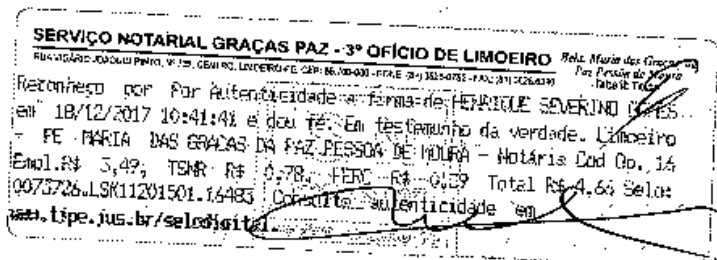
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Emanuel Roberto da Silva Lima cujo o condutor era
o mesmo.

Veículo: motocicleta
Modelo: Yamaha/XTB 125G
Ano: 2011/2012
Placa: PPF 6203
Chassi: 9CGKE1250C0027589
Data do Acidente: 29.10.2017
Local e Data: Domestino, 18 de Dezembro de 2017.

Henrique Severino Gomes
Assinatura do Declarante

Cartório
3º Ofício
Limoeiro-PE
Fone (81) 3428-0762

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





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


Médico - CRM

Data: 18/11/2017



SES/FUSAM
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado : EMANUEL ROBERTO DA SILVA LUCENA
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir
desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ
Com 15 dias


W. T. M. de Mello
MÉDICO
CRM-PE 24009

Recife, 18/11/17

Médico - CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 85
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



	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	
 DR. PAULO ROBERTO DA SILVA LUCENA CRM: 1044682 MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	



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

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

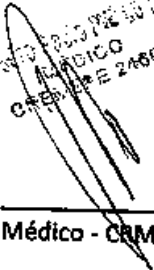
DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

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
Nº 24509
MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO
OBS:
A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA 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 PE 24609 Data: 18/11/2017 Médico - CRM	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
CARTEIRA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

Nome
RODRIGO DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIDADE / RG / CRESSER / UF
7412498 NRS PE

CPF
078.124.014-05

DIAGRAMAMENTO
31/07/1986

FUNÇÃO
JOSE MATRUS DE LACERDA

NOME DE FANTASIA DA
SILVA

PERMISSÃO
ACQ. ☒ CAS. PRE. ☒ AR ☒

PRESENCIA
00910713070

VALIDADE
31/12/2030

EXPIRAÇÃO
17/08/2006

Assinatura
Rodrigo da Silva Lima

LOCAL
NOROESTE - PE

DATA EMISSÃO
11/04/2016

Assinatura do emitente
[Assinatura]

Assinatura do receptor
[Assinatura]

59443043641
22071212211

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

VALIDADE EM LUGAR
1223904707

VALIDADE EM LUGAR
1223904707

