

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Elisabete de Souza
 RG nº 4.863.885, data de expedição 23/09/2014
 Órgão SDS, portador do CPF nº 92409136472, com
 domicílio na cidade de Camaragibe, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua PIRELLI S/N Travessa, nº 857,
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima EDUARDO ROSENDO FREIRE, cujo o condutor era

Edualdo Rosendo Freire

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



CARTÓRIO EVA TENÓRIO
 Av. Belém Cordeiro, 2185 - CEP: 54.745-070 - Recife, PE
 E-mail: cartorio@evatenorio.com.br
 Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
 MARIA ELISABETE DE SOUZA
 Camaragibe, 12/07/2017 - 13:08:44 Emol. R\$ 3,89 + TSNR 0,78 Total R\$4,66
 Consulte a autenticidade em <http://jus.br/selodigital>
 Selo: 0076489.RQA05201703.03154
 MARIA JOSÉ B. FERREIRA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 007

Maria Elisabete de Souza
 Assinatura do Declarante

Edualdo Rosendo Freire

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

ARUANA SEGUROS
 14 AGO 2017



Data do Atendimento: 11/06/2017 Hora: 18:36:15

No. Atendimento: 1030566

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 402359

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data de Nascimento: 29/06/1975

Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias

Pais ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO

Endereço: 8 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - 54762623

Cidade: CAMARAGIBE

Tel.: 81 987858851

Hora do Atendimento: 18 152 Hs

Peso: Kg

HORA:

Temperatura:

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

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

EXAME FÍSICO:

Filipe Mesquita
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21360

DIAGNÓSTICO: 1 Fratura diafisária da antebraço @

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

1 Rx da antebraço @ AP / R/L

2 Ceftriaxona 1000 mg - OI amp IM

3 Paracetamol 500 mg - OI amp + SF 9,9% 100mg

4 Tg oxilopelma @

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

31/07/17 18:00h 01/08/17 18:00h 02/08/17 18:00h

30 minutos

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

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

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

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Filipe Mesquita
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21360

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

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

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

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

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

Prioridade: **URGÊNCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação: HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

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

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

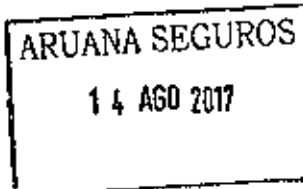
DECLARAÇÃO

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

Recife, 03 de Julho de 2017.


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

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COC Nº:
10.572.048/0005-81
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AII

SENHA:

DATA DE EMISSÃO:

NOME DO PACIENTE:

Edvaldo Rosendo Freires

Nº DO REGISTRO:

416260

DATA DE EMISSÃO:

HGV - Hospital Getúlio Vargas



416260

Precedente

Atendimento:

445747

CNS: 708304244121400

Paciente:

EDVALDO ROSENDO FREIRES

Nascimento:

28/05/1975

Idade: **41 Anos**

Sexo: **MASCULINO**

Mãe:

MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO FREIRES

Fone: **9786-3651**

End:

RUA PIO XII, Nº 851 - BAIRRO NOVO DO CARMELO

CAMARAGIBE - PE - Cep: 6476200

Prof:

812 PLANTONISTA NOV - RFO: 11/08/2017 - IN: 23:00 - Unidade: CLAUDOMAR

TERNAÇÃO

Transtorno em Antecipação

HISTÓRIA CLÍNICA:

1º e 2º transtorno de

EXAME FÍSICO:

ECG COTG Apical

Der + arritmia em Antecipação

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

EX + Arritmia + Ex Físico

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Exatena Rápida de Vena

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

internamento

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:

SOT

CARATER DA INTERNAÇÃO

DATA:

12/06/17

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DATA DO REGISTRO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO
Avenida General San Martín, s/n - Barro Preto
Recife - PE - CEP 51.020-000
Fone: (081) 3181.8180

HGV 1002 V. 0018

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Pront: 1093899 -
S. Luiz - E1

 SUS	Sistema Nacional Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>H.S.A.</u>			
1.2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____			
1.3 - CIDADE DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____			
1.4 - ESTADO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____			
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 2.1 - NOME DO PACIENTE: <u>Colocido Rosendo Pinheiro</u>			
2.2 - DATA DO NASCIMENTO: _____			
2.3 - SEXO: <u>M</u>			
2.4 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.5 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.6 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.7 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.8 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.9 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.10 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.11 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.12 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.13 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.14 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.15 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.16 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.17 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.18 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.19 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.20 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.21 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.22 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.23 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.24 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.25 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.26 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.27 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.28 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.29 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.30 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.31 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.32 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.33 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.34 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.35 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.36 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.37 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.38 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.39 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.40 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.41 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.42 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.43 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.44 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.45 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.46 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.47 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.48 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.49 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.50 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.51 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.52 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.53 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.54 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.55 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.56 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.57 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.58 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.59 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.60 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.61 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.62 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.63 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.64 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.65 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.66 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.67 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.68 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.69 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.70 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.71 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.72 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.73 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.74 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.75 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.76 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.77 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.78 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.79 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.80 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.81 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.82 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.83 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.84 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.85 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.86 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.87 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.88 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.89 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.90 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.91 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.92 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.93 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.94 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.95 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.96 - ENDEREÇO DO PACIENTE: _____			
2.97 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
2.98 - ESTADO DO PACIENTE: _____			
2.99 - CIDADE DO PACIENTE: _____			
3 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 3.1 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____			
3.2 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____			
3.3 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____			
3.4 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____			
3.5 - DATA DO PROCEDIMENTO: _____			
3.6 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.7 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.8 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.9 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.10 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.11 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.12 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.13 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.14 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.15 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.16 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.17 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.18 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.19 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.20 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.21 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.22 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.23 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.24 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.25 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.26 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.27 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.28 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.29 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.30 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.31 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.32 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.33 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.34 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.35 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.36 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.37 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.38 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.39 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.40 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.41 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.42 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.43 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.44 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.45 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.46 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.47 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.48 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.49 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.50 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.51 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.52 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.53 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.54 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.55 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.56 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.57 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.58 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.59 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.60 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.61 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.62 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.63 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.64 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.65 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.66 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.67 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.68 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.69 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.70 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.71 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.72 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.73 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.74 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.75 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.76 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.77 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.78 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.79 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.80 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.81 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.82 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.83 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.84 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.85 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.86 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.87 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.88 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.89 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.90 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.91 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.92 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.93 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.94 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.95 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.96 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.97 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.98 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			
3.99 - ESTADO DO PROCEDIMENTO: _____			
3.100 - CIDADE DO PROCEDIMENTO: _____			

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

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

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

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

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

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

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

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

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

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

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

RUANA SEGUROS

14 AGO 2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

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

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

Intervalo: 4

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

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

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

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



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio:

RETAGUARDA GETULIO

Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

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

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

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

Cirurgião: Dr. Leonardo Canejo

Anestesista: Dr. Maria Lucia

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

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

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

Dr. Leonardo Canejo
CRM: 13783 - RPPS 2012

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Relatório Médico de Alta

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES
Reg.: 510748 Pront.: 1093899
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/06/1975
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 41

Admissão: 12/06/2017 18:04

Alta: 16/06/2017 11:50

Admissão:

FRATURA EM ANTE BRAÇO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTE SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	12/06/2017 18:04	16/06/2017 11:50	4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr^o LEONARDO CANEJO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

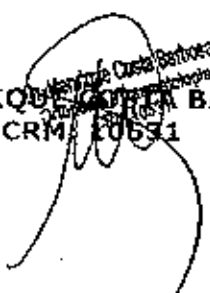
ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

EDVALDO ROSENDO FREIRES

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

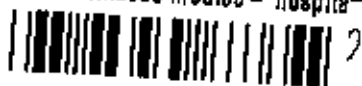
CID: S52

Recife, 16/06/2017


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM 10691

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017



Lanudo Fisioterapêutico

sr. Edvaldo Rosendo Freires, Vítima
de Acidente de trânsito no dia
11.06.17. Ocorreu fratura
do Antebraço Direito

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

Dr. Rafael Lima
Fisioterapeuta
18/09/17

08.11.17

ARJANA SEGUROS
13 NOV 2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

Data: 29/09/2017 / 07:01 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 4

LAUDO ANTEBRAÇO DIR AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.238103





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

PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: EDVALDO ROSENDO FREIRES

DATA: 05/10/2017

Prescrevo:

Fisioterapia: 20 sessões.

CID: s527

Obs:

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

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



Data do Atendimento: 11/06/2017 Hora: 18:36:15

No. Atendimento: 1030566

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 402359

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Data de Nascimento: 29/06/1975

Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias

Pais ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO

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

Cidade: CAMARAGIBE Tel: 81 987668651

Hora do Atendimento: 18 / 52 Hs

Peso: Kg

HORAS: Temperatura:

OPD / HDA: Dor e deformidade da antebraço @ após queda de cabelo

09/07/17 - Retificação: paciente apresentou trauma após acidente moto
11:55 ciclistas pl. livrar-se e desviar de um cabelo

EXAME FÍSICO:

Filipe Mesquita
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21360

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura diafisária da antebraço @

Evandra B. Silva
Téc. Enfermagem
COREN 499808

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / RESCRIÇÃO 1) Rx da antebraço @ AP / Perfil

2) Cetorolam 100 mg - O / sup IM

3) Paracetamol 500 mg - O / sup + SF 0,9% 1000mg

4) Tala axilopalmos @

Evandra B. Silva
Téc. Enfermagem
COREN 499808

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

5) Manter tala 1 hora @ 01/06/17 18:36:15
30 minutosArtur Cesar Parente de Sa Riu
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 22196

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

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: Gonçalo da Costa

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

ARUANA SEGUROS

16 AGO 2017

Soma: 5189153

Filipe Mesquita
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE: 21360

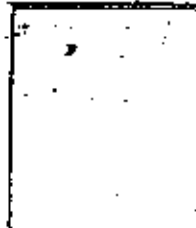
Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

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



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

UPA24H
UPA CAXANGA 24 HS
Claro son 5m 1.5
Atendimento - 1004

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

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

Prioridade:

URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

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

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

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

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

DECLARAÇÃO

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

Recife, 03 de Julho de 2017.


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

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COC Nº:
10.572.048/0008-81
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIN

DATA DE EMISSÃO:

NOME DO PACIENTE:

Edvaldo Rosendo Freires

Nº DO REGISTRO:

416260

DATA DE EXAME:

HON - Hospital Getúlio Vargas



416260

RG:

Atendimento: 445747

CNS: 708304244121460

END:

Paciente: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Nº:

Nascimento: 28/06/1975

Idade: 41 Anos

Sexo: MASCULINO

END:

Mãe: MARIA BEVERINA DO NASCIMENTO FREIRES

Fone: 8788-8851

End: RUA PIO XII, Nº 857 - BAIRRO NOVO DO CARMELO -

CAMARAGIBE - PE - Cep: 54782020

Prof: 612 PLANTONISTA NOV - 40x: 11/08/2017 - R\$ 1700 - Usador: CLAUDIA

TERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Pct ex histórico de fratura em antebraço (D)

EXAME FÍSICO:

Exa. coto. Apical
Ver + desmarchado em antebraço (D)

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx + Amn. m. + Ex. Físico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura Radio Ulna (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

internamento

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA ESPECIALIDADE

SOT

CARACTER DA INTERNAÇÃO

DATA:

12/06/17

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

DATA DE EMISSÃO:

NOV. 1024.VX.2016.

Atenção: Ocorrência em: 10/08/2017 - Camaragibe
Rastreio - CEP 54782-000
Fone: 0800.81.8184000

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Pront: 1093899 -
S. Luiz - E1

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>U.S.A</u>				
2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____				
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: <u>Colocido Rosendo Funes</u>				
4 - NÚMERO DO LAUDO: <u>510142</u>				
5 - DATA DO LAUDO: _____				
6 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____				
7 - ENDEREÇO DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____				
9 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
10 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
11 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
12 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
13 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
14 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
15 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
16 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
17 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
18 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
19 - COD. DO LAU. DO RESPONSÁVEL: _____				
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____				
22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____				
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____				
24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____				
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: _____				
26 - COD. DO PROCEDIMENTO: _____				
27 - COD. DO PROCEDIMENTO: _____				
28 - COD. DO PROCEDIMENTO: _____				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
39 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
40 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: _____				
42 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
43 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
44 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
45 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
46 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
47 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
48 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
49 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
50 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
51 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
52 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
53 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
54 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
55 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
56 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
57 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
58 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
59 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
60 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
61 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
62 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
63 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
64 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
65 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
66 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
67 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
68 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
69 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
70 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
71 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
72 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
73 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
74 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
75 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
76 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
77 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
78 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
79 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
80 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
81 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
82 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
83 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
84 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
85 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
86 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
87 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
88 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
89 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
90 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
91 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
92 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
93 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
94 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
95 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
96 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
97 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
98 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
99 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				
100 - DATA DE SOLICITAÇÃO: _____				

ARUANA SEGUROS

16 AGO 2017



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

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

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

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

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

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

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

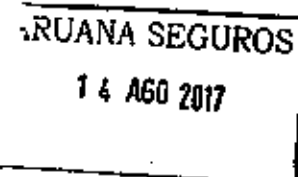
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

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

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

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



Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218
20/06/2017

Azarias Salgado de Vasconcelos Neto
CRM: 6218
20/06/2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

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

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

Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Ossos do Antebraço Direito CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

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

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

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

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

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

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

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

Dr. Azarias Salgado
Delegado Titular
CRM: 6218

Dr. Azarias Salgado
Delegado Titular
CRM: 6218



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio:

RETAGUARDA GETULIO

Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

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

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

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

Cirurgião: Dr. Leonardo canejo

Anestesista: Dr. Maria lucia

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

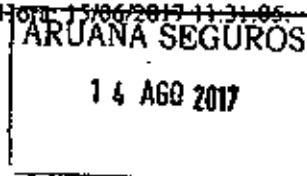
- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) Garroteamento do membro superior direito.
- 3) Assepsia e antissepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 5) Realizada incisão em face dorsal do antebraço d.. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura do rádio. Realizada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

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

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

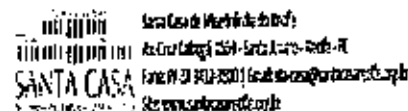
Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO. CRM: 13783. Data e Hora: 15/06/2017 11:31:05

Dr. Leonardo Canejo
Procedimento: Osteossíntese
Data: 15/06/2017



Relatório Médico de Alta

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
 Reg.: 510748 - Pront.: 1093899
 Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/06/1975
 Conv.: RETAGUARDA GETULIO



Idade: 41
 Admissão: 12/06/2017 18:04 Alta: 16/06/2017 11:50

Admissão:

FRATURA EM ANTE BRAÇO DIREITO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52 FRATURA DO ANTEBRAÇO | NOTA: AS SEGUINTES SUBDIVISÕES SÃO FORNECIDAS, PARA USO OPCIONAL, QUANDO NÃO É POSSÍVEL OU NÃO É DESEJÁVEL USAR A CODIFICAÇÃO DE CAUSAS MÚLTIPLAS PARA IDENTIFICAR FRATURA E FERIMENTO. UMA FRATURA NÃO INDICADA COMO FECHADA OU ABERTA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	12/06/2017 18:04	16/06/2017 11:50	4 dia(s)

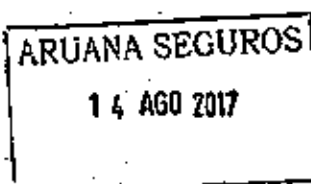
Orientação:

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

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
 CRM: 10531



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

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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22
EDVALDO ROSENDO FREIRES

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22

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

CID: S52

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22
Recife, 16/06/2017

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22
Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM 10631

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22

ASL-0314590/17
Josyelli distrito.
13/11/2017 13:24:22

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017 13:24:22



DECLARAÇÃO

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

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

Recife, 15 de Junho de 2018.

ARUANA SEGUROS

20 JUL 2018

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

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

Santa Casa de Misericórdia do Recife

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

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

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

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

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

Intervalo: 4

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

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

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

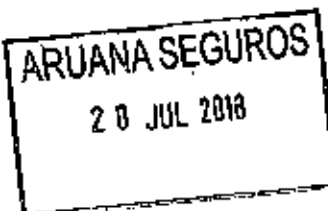
TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,



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

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

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

Azarias Salgado
CRM: 6218
20/06/2017

Azarias Salgado
CRM: 6218
20/06/2017



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

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

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

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

Intervalo: 4

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do Ossos do Antebraço Direito

CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018

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

Azarias Salgado
de Vasconcelos Neto
CRM: 6218

Azarias Salgado
de Vasconcelos Neto
CRM: 6218



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

Data: 15/06/2017 / 11:28 Convênio:

RETAGUARDA GETULIO

Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/06/2017-11:28

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

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

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

Cirurgião: Dr. Leonardo canejo

Anestesiata: Dr. Marla Lucia

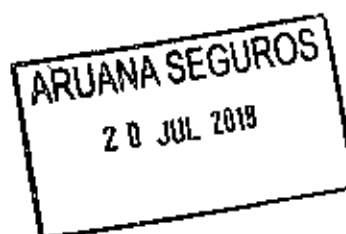
Anestesia: Bloqueio de plexo braquial

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783



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

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

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedista - Traumatologia
CRM 13783 - RPP 13783

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - C.A.S.

4 - C.F.P.S.

HSA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PROFISSIONAL

510748

10 - PAGADOR

7 - CAPTAÇÃO NACIONAL EDVALDO ROSENDO FREIRES

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. DO MUNICÍPIO

18 - C.F.P.

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO APLICADO - MUDANÇA

22 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - COD. PRINCIPAL

27 - COD. DO SEG. SECUNDÁRIO

28 - COD. DO CAUSAS RESOLVIDAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

X - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

3 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Trat. Cir. de Pseudoartrose do Rádio Direito +

0408020598 / 0408040211

Enxerto de Placa + Parafusos de Placa + Parafusos

0408060379

1 - DATA DE ACOMPANHANTE

2 - DATA DE ÚLTIMO

3 - DATA DE ÚLTIMO

4 - DATA DE ÚLTIMO

12 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

13 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. DO

Placa Bloqueamento

0 7 0 2 0 3 1 3 9 9 01

Parafusos e Bloqueamento

0 7 0 2 0 3 1 2 3 1 01

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

Necessitando de novo procedimento cirúrgico.

Operado - Alta Hospitalar, após melhora.

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

DR. LEONARDO GANEJO

44 - ENDEREÇO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

03/05/18

9 0 6 7 6 0 9 2 4 2 0

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DE EMISSÃO

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CORELON

53 - DATA

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

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

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ Mudança de Procedimento	☒ Uso de Prótese, Órtese
☐ Diária UTI	☐ Uso de Fat. De Coagulação
☐ Diária de acompanhante	☐ Uso de Oxigenadores
☐ Vacina Anti RH	☐ Nutrição Parenteral
☐ Longa Permanência	

RESUMO DE CASO

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

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

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018

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

Motivo da Alta:

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

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

[Assinatura]
M. H. de S. S. S. S.
Coordenador de Assistência
03/05/18



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

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

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 03/05/2018 - 10:23

Diagnóstico pré-operatório: PSEUDOARTROSE DE RÁDIO D.

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

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

Cirurgião: Leonardo canejo

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: mariana

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

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

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

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





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

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

ARUANA SEGUROS
20 JUL 2018

Dr. Leonardo Canôjo
Ortopedia - Traumatologia
(081 3272) - (081 3112)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.873.398 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2011

NOME << EDVALDO ROSENDO FREIRES >>

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

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

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

CPF 966.884.304-97

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RIBEIRO

MO. ESCRITÓRIO

Edvaldo Rosendo Freires

CARTeira IDENTIFICADORA

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
986.884.304-97

Nome
EDVALDO ROSENDO FREIRES

Nascimento
29/06/1975

VALIDO QUANTO AO COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

69C7-9D07-D3B3.7724

A validade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

16:51:00 de 13/05/2016 (hora e data de Brasília)

digitalizador: 00

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

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

NOME
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

RG
0143955 RDE PE

CPF
034.639.294-69

DATA DE NASCIMENTO
30/06/1983

PLACAO
FERNANDA FERNANDA DE
OLIVEIRA
DIANEYRA BRANDAO DE
OLIVEIRA

RECEBIMENTO
RECIBO
AL

Nº REGISTRO
05229956971

VALIDADE
13/02/2011

EXPIRACAO
16/06/2011

COMPROVAÇÃO
sem observações

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
15/02/2011

ASSINATURA DO EMISSOR
04431596003
PROT 1244097

DETALHES DE EMISSÃO
DETALHES DE EMISSÃO

VÁLIDA EM TODOS
TERMINOS NACIONAIS
1221607980

FIM DO PLASTIFICAR
1221607980

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

Documentos de identificação



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

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

NOME << EDVALDO ROSENDO FREIRES >>

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

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

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

CNPJ 986.824.304-97

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11.689 DE 2008

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATÁRIS DEBIL

IMAGEM DO DETENTOR

IMAGEM DO DETENTOR

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTeira DE IDENT. DALE

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
986.884.304-97

Nome
EDVALDO ROSENDO FREIRES

Nascimento
29/06/1975

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

6907-9D07-D3B3.7724

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada no Internet no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria de Receita Federal do Brasil

em 10/05/2016 (sem o data do Brasil)

Digito Verificador: 00

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1221607980

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

RG: 6141955-8 DO: PE

CPF: 056.639.994-69 DATA NASCIMENTO: 10/06/1963

PLACIO: FERNANDA FERNANDA DE OLIVEIRA
DIANETE BRANDAO DE OLIVEIRA

FORMAÇÃO: [] RAC: [] COT. HAB: []

PRESTADO: 05229956971 VALIDADE: 13/02/2021 EXPIRAÇÃO: 18/06/2011

Observações:
sem observações

LOCAL: RECIFE - PE DATA EMISSÃO: 15/02/2016

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

Assinatura do Titular: [Assinatura]

84431304883
EX071344837

SECRETARIA DE TRANSPORTES

RECIBO PLASTIFICAR
1221607980

ARUANA SEGUROS
13 NOV 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PE Nº 013177742943

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COO RENOVAR 1049152317 ***** 2017

MARIA ELISABETE DE SOUZA

CAMARAGIBE-PE

921.091.964-72 FGY5515

***** 902K00800FR031555

AS MOTOCICLETA/ ALCO/CASOL

HONDA/NXR160 BRO3 E3D 2015 2015

SP 152CH PARTIC PRETA

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

PREMIO TAFARIO (R\$) 100,00 17/05/17
SEGURO PAG-1

SEM RESERVA

CAMARAGIBE-PE 17/05/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO DEBEM SER CONTRATADOS POR CAUSAS DO PÔRRE O QUE
NÃO SE ENCONTRA EM SEU CONTRATO DE SEGURO DEBEM SER
CONTRATADOS EM SEU SEGURO DEBEM SER

PE Nº 013177742943 17/05/17 DE SEGURO DEBEM SER

MARIA ELISABETE DE SOUZA

É O SEU DEBEM SER DO SEGURO DEBEM SER
PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA O VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS E COBERTURA

WWW.ARUANA-SEGUROS.COM.BR
SEGURANÇA DEBEM SER 17/05/17

CAMARAGIBE-PE 2017 17/05/17

921.091.964-72 FGY5515

1049152317 HONDA/NXR160 BRO3 E3D

2015 09 902K00800FR031555

PREMIO TAFARIO

SEGURADORA DER-DEBEM SER

DER-DEBEM SER

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DEBEM SER
ELE NÃO É DE BOMTE ORBITARIO

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Seguradora Líder - DPVAT

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EMILIO ROSEDO FELIXESDATA DO ACIDENTE 11.06.17 OF DA VÍTIMA 986.884.104-97

PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PONTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VÍTIMA É

ENFERMEIRO DO PONTADOR ELIA COELHO SOUZA FERREIRAS GRANDE AVÓSNº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO URZ JARCEACIDADE RECIFE UF PE CEP 50.970-230E-MAIL seferrazbraga2013@gmail.com TELEFONE 91.98552.9124
COM

MANUSEAR PARA CADA DOCUMENTO E UTILIZAR:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

1. CERTIDÃO DE REGISTRO DA VÍTIMA E DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LESÃO)

2. OF DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO)

3. LAUDO DO IML (RENOVA AUTENTICAÇÃO (LESÃO))

4. ATTESTADO DE RESPONSABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML (REGISTRAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML)

5. ATTESTADO ASSIMILADO PELA VÍTIMA E RESCATORIO DO IML O ASSISTENTE PESSOAL QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

6. DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COM SIMPLES E LESÃO)

7. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO) O DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

8. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

1. CERTIDÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE, NOBRE, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LESÃO)

2. OF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE, NOBRE (COM SIMPLES E LESÃO)

3. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE, NOBRE (COM SIMPLES E LESÃO) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

4. ATTESTADO ASSIMILADO PELA VÍTIMA E RESCATORIO DO IML O ASSISTENTE PESSOAL QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

1. CERTIDÃO DE REGISTRO DA VÍTIMA E DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LESÃO)

2. OF DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO)

3. LAUDO DO IML (RENOVA AUTENTICAÇÃO (LESÃO))

4. ATTESTADO DE RESPONSABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML (REGISTRAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML)

5. ATTESTADO ASSIMILADO PELA VÍTIMA E RESCATORIO DO IML O ASSISTENTE PESSOAL QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

6. DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COM SIMPLES E LESÃO)

7. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO) O DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

8. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

1. CERTIDÃO DE REGISTRO DA VÍTIMA E DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LESÃO)

2. OF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE, NOBRE (COM SIMPLES E LESÃO)

3. LAUDO DO IML (RENOVA AUTENTICAÇÃO (LESÃO))

4. ATTESTADO DE RESPONSABILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML (REGISTRAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML)

5. ATTESTADO ASSIMILADO PELA VÍTIMA E RESCATORIO DO IML O ASSISTENTE PESSOAL QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA

6. DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COM SIMPLES E LESÃO)

7. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO) O DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

8. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE - R\$ 23.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 23.500,00 (SE FOR EM VAGA COM-ORCA, A DES-ORCA DE VALOR É DE INDENIZAÇÃO)

• CASO LESÃO E ACIDENTE COM TRATAMENTO DE SEGURO PREVIDENCIAL (LAP-14)

• DESPESAS MÉDICAS (PARTE) - R\$ 2.700,00 (RECEBIMOS) (LAP-14)

• VALOR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (COM SIMPLES E LESÃO)

• O PAGO PELA INDENIZAÇÃO DE INDENIZAÇÃO É DE 10 DIAS COM TUDO A PARTIR DA DATA DE EMISSÃO DO COMPROVANTE

• COM BASE NA LESÃO EM VAGA, PAGO PELA SEU SOLICITANTE DO DOCUMENTO, COMPROVANTE, COM-ORCA, COM-ORCA

• LITIGIOS NA INDENIZAÇÃO

• PARA CONSTATAR O PAGO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVAT.COM.BR/INDENIZACAO E OU LIGAR PARA: SAC DPVAT 0800 122 1234

PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/06/2017IDENTIDADE ELIA COELHO SOUZA FERREIRASASSINATURA [Assinatura]

RESUMO PAGO E RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14 AGO 2017NOME ARIANA SEGUROSASSINATURA [Assinatura]

CARTA PARA REANÁLISE

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

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

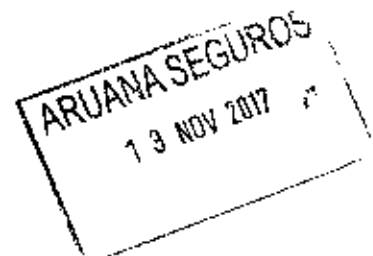
Ciente de que serão tomadas as devidas providências, envio junto com essa carta todos os
documentos médicos enviados anteriormente e um novo laudo a fins de demonstrar de fato as
lesões que tive no meu acidente. Agradeço desde já a atenção.

Outros



Edualdo Rosendo Freires

NOME DA VITIMA



RECIFE _____ DE _____ DE _____



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDVALDO ROSENDO FREIRES
DATA DO ACIDENTE 11.06.2017 CPF DA VÍTIMA 986.884.304-93
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO
Nº 233 COMPLEMENTO CASA A BAIRRO VÁRZEA
CIDADE RECIFE UF PE CEP 50970-230
E-MAIL FERNANDEBRANDAO2013@GMAIL.COM TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA DEFINITIVA)
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PREENCHIMENTO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OR: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DISCREPÂNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, COMÉRCIOS E OUTROS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PREENCHIMENTO DO CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEIS)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OR: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE - R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGUROSDOFRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 614 1955 SDS PE
ASSINATURA 

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA Arlyana Segura
13 NOV 2017

RECEBUE ASL 0314590/17

RECALC
3170612403

CARTA PARA REANÁLISE

Eu, EDUARDO ROSENDO FREIRES, número de sinistro 3170612403
e CPF 926884304-97, venho por meio desta, solicitar uma reanálise do meu
processo.

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

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

Dúvidas



Edardo Rosendo Freires

NOME DA VITIMA

RECIFE 18 DE JULHO DE 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170612403 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO ROSENDO FREIRES **Data do acidente:** 11/06/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de ossos do antebraço direito

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170612403 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO ROSENDO FREIRES **Data do acidente:** 11/06/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/12/2017

Conduta mantida:

Observações: obs - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

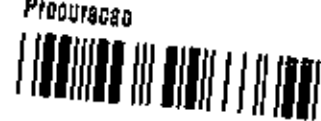
Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: SOLTEIRO
Profissão:
Identidade: 48733985DSPE OF: 98688430497
Endereço: Rua Pio XII S Travessa N° 857 Bairro Novo

OUTORGADO:

Nome: FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
Profissão:
Identidade: E 141 955 80547 OFF: 056 639.994-59
Endereço: RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO N° 233
UR : VARZEA RECIFE PE CEP 50.970-230

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

Camagilbe 21-06-2017
LOCAL E DATA



Edvaldo Rosendo Freires

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER SINAL POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE/PE
Av. Beltrame Correa, 2188 - CEP. 54765-000 - Fone/Fax (81) 3497-4125
E-mail: cartorioevatenorio@netop.com.br
Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de

EDVALDO ROSENDO FREIRES

Camagilbe, 21/06/2017 - 09:28:26 Emol. R\$ 3,88 TSNE 0,78 Tot
Consulte a autenticidade em tpe.jus.br/validadigital
Selo: 0070489.EPT0520170201324
ADRIELY GREICY DA CUNHA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042



ARUANA SEGUROS

14 ABO 2017



PROCURAÇÃO PARTICULAR

AUTORIZANTE:

Nome: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**
 Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado civil: **SOLTEIRO**
 Profissão:
 Identidade: **48733985DS PE OFF: 986884304 97**
 Endereço: **Rua Pio XIS Travessa Nº 857 Bairro Novo**

AUTORIZADO:

Nome: **FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA**
 Nacionalidade: **BRASILEIRA** Estado civil: **SOLTEIRA**
 Profissão:
 Identidade: **E 141 955 SDS/PE OFF: 056 639 694-69**
 Endereço: **RUA CÔNego JOSÉ FERNANDES MACHADO Nº 233
 UR VARZEA RECIFE PE CEP 50.970-230**

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

Camagibe 24-06-2017

LOCAL E DATA



Edvaldo Rosendo Freires

ASSINATURA DO AUTORIZANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO EVA TENÓRIO - CAMARAGIBE/PE
 Av. Balmiro Costa, 2122 - CEP: 54755-000 - Fone: (81) 3455-1122
 E-mail: cartorioevatenorio@brasil.com.br
 Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de:

EDVALDO ROSENDO FREIRES

Camagibe, 24/06/2017 - 09:20:26 Emol. R\$ 3,85 - ESNG 0,76 Tot.

Consulte a autenticidade em jus.br/selo/digital

Selo: 0076489 EPT0520170101324

ADRIELY GREICY DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 042



ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Nº Sinistro: **3170612403**

Vitima: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

Data do Acidente: **11/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 11999371



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Boletim de ocorrência não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12192731

A/C: EDVALDO ROSENDO FREIRES

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: EDVALDO ROSENDO FREIRES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001584

Conta: 0000023753-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO ROSENDO FREIRES**

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

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de radio e ulna diafisários direitos

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

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

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

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

Limitação funcional de grau médio do membro superior direito,

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

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

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

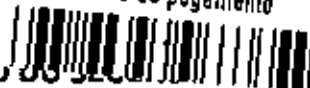
VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

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

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


Leonardo Neves
Médico
CREMEPE 17742

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



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDUALDO ROSENDO FREIRESPORTADOR(A) DO RG Nº 4-873-398 EXPEDIDO POR SOS/PE EM 13/10/17 ECPF 986884304-97 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO RECURSAE RENDA MENSAL DE R\$ RECURSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDUALDO ROSENDO FREIRES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

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

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Arumaghi N. da Silva del. 10/17
LOCAL E DATA

← ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL 3170 45 06 26	CPF da Vítima 986.884.304-97	Nome completo da vítima EDVALDO ROSENDO FREIRES
---	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo EDVALDO ROSENDO FREIRES		CPF titular da conta 986.884.304-97	Profissão RECURSA
Endereço RUA PIO XII S= TRAVESSA		Número 857	Complemento LASA
Bairro BAIRRO NOVO	Cidade CAMARA GIBE	Estado PE	CEP 54.762-622
Email FERNANDA BRANDAO 2013@GMAIL.COM			Telefone (DDD) (81) 98552-9424
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO AGÊNCIA NRO. D/V COMTA NRO. D/V (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 1584 D/V	COMTA NRO. 23753 D/V 2		
(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RECIBE B de NOV de 2017
Local e Data

Edvaldo Rosendo Freires

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRITANIA SEGUROS
13 NOV 2017

Boletim de ocorrência



2017-07-17 17:10



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0127004209

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

ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
Ocorrida no dia 11/6/2017 no período da Noite

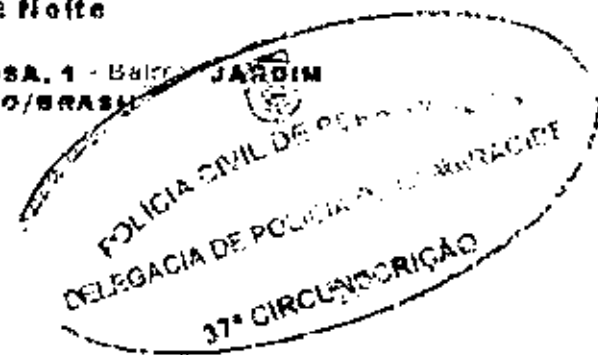
Ocorrência no endereço: **RUA RUI BARBOSA, 1 - Bairro: JARDIM
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Localidade: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
L. FERREIRA DO NASCIMENTO (Data de Nascimento: 29/01/1976) Nacionalidade: NÃO INFORMADO,
PERNAMBUCO / BRASIL**

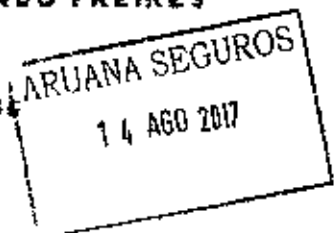
**Endereço de residência: RUA PIO XII, 257 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDSON CONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO
INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a), EDVALDO ROSENDO FREIRES
(Data de Nascimento: 29/01/1976) Nacionalidade: NÃO INFORMADO,
PERNAMBUCO / BRASIL**

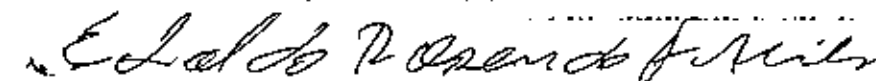
**PLACA: FET2212 - PERNAMBUCO (NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KD0507R051566
Data de fabricação: 2015 NÃO INFORMADO**



Complemento / Observação

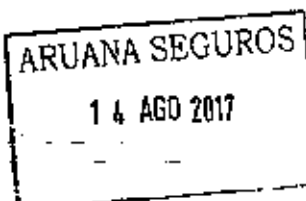
INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA INDICADA QUANDO FOI DESVIAR DE UM CAVALO E CAIU DA MOTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRANCO DIREITO, TENDO SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CEMANSA E POSTERIORMENTE PARA O GETULIO VARGAS E AINDA PARA SANTA CATÁ DE DISCORDIA, INFORMA AINDA QUE O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

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



EUVALDO ROSENDO FREIRES
(VIUVA)

Carimbo registrado por: EUVALDO ROSENDO PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 2211028





ARUANA SEGUROS
SEGUROS DE VIDA Y ACCIDENTES
SEGUROS DE SALUD

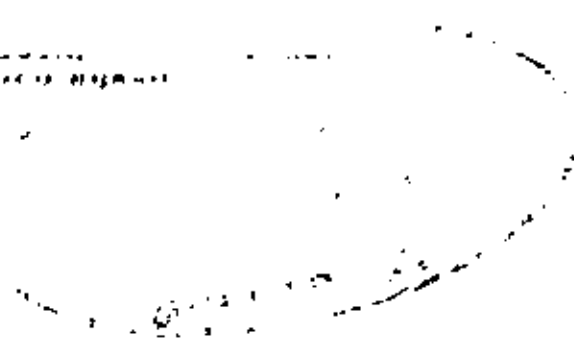
SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL



SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

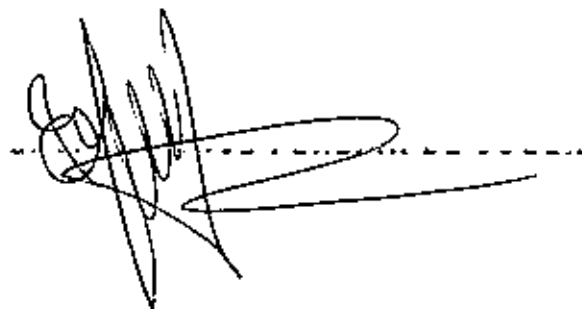
SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES - PLAN DE PAGO DE CAPITAL - PLAN DE PAGO DE CAPITAL

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

Edalberto Acosta



ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

Boletim da ocorrência



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

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

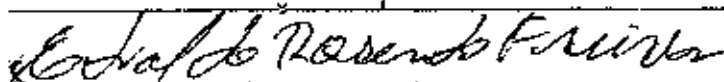
Placa: **PGY5515 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KD080FR031555**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

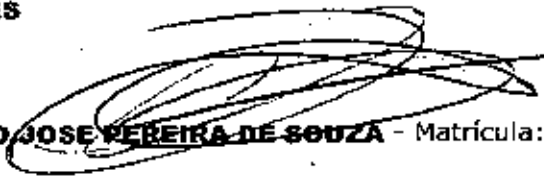
INFORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA INDICADA QUANDO FOI DESVIAR DE UM CAVALO E CAIU DA MOTO SOFRENDO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, TENDO SIDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DA CAXANGA E POSTERIORMENTE PARA O GETULIO VARGAS E AINDA PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA, INFORMA AINDA QUE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

ARUANA SEGUROS
13 NOV 2017

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



EDVALDO ROSENDO FREIRES
(VITIMA)



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





Boletim de ocorrência

05/12/2017, 18:34



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0127007232

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

Complementa o BO Número: 17E0127004209

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

APUANA SEGUROS**06 DEZ 2017**

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

**EDVALDO ROSENDO FREIRES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
SEVERINA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 22/6/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA PIO XII, 867 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA ELIZABETE DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
ROSA FRANCISCA Pai: ARNALDO FLORIANO Data de Nascimento: 3/9/1978 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Placa: **PEY5516** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD089FR031556**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

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

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

EDUARDO ROSENDO FREIRE
(VITIMA)
DELEGACIA DE POLICIA DE BEVERES
CIRCUNSCRIÇÃO

Eduardo Rosendo Freire

B.O. registrado por: **MARCOS LUIZ SILVA** - Matrícula: **148749-3**

ARUANA SEGUROS**06 DEZ 2017**



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0127007235**

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

Complementa o BO Número: **17E0127007232**

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

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

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

A SEGUROS

06 DEZ 2017

Complemento / Observação

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

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

Edvaldo Rosendo Freires

EDVALDO ROSENDO FREIRES
(VITIMA)

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

ARUANA SEGUROS

D 6 DEZ 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, EDVALDO ROSENDO FREIRES, portador da carteira de identidade nº 4.873.398 e inscrito no CPF/MF sob o nº 986.884.304-97, residente e domiciliado na TRV: 5ª PLOXII, 857 CAMARAGIBE BAIRRO NOVO Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

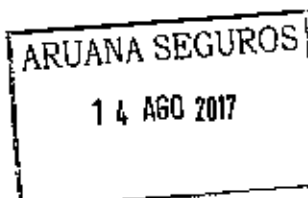
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

f _____

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Camaragibe, 14 de Agosto de 2017

Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, EDUALDO ROSENDO FREIRES, portador da carteira de identidade nº 4.873.398-5051PE e Inscrito no CPF/MF sob o nº 986.884.304-97, residente e domiciliado na RUA: RIO XII S-TRAVESSA, 857 - CASA - BAIRRO NOVO Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edualdo Rosendo Freires

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



CAMARAGIBE, 14 DE AGOSTO 2017

Local e data

Ato Declaratório

Comprovação de ato declaratório



Surge C



Data do Atendimento: 11/06/2017 Hora: 18:36:15
No. Atendimento: 1030566 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES
Data de Nascimento: 29/06/1975 Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias
Pais ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO
Endereço: 6 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO - 54762623
Cidade: CAMARAGIBE Tel.: 81 987868651
Hora do Atendimento: 18:52 Hs Sexo: M
Peso: Kg Temperatura: °C

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

09/07/17 - Retificação: paciente apresentou trauma após acidente moto ciclistico ao livrar-se a direção de um cabelo

EXAME FÍSICO: Filipe Mesquita CRM-PE: 21360

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura diafisária do antebraço

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Rx de antebraço AP / Perfil
2) Cetorfanil 100mg - 01 comp IM
3) Tramadol 500mg - 01 comp + SF 0,9% 100ml
4) Talc axilopelmo 1
ARUANA SEGUROS 14 AGO 2017

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: 51 mmHg 110/60 01 ml 100% 205/105 01 02 30 minutos

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: Continuação da Cx

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado
Som: 51/89/153
Filipe Mesquita CRM-PE: 21360

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

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

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

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

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

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação:

HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

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

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

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

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

ATO DECLARATÓRIO



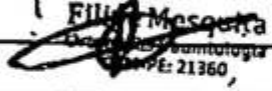
23
Surgente ()
Recepcionista Maria Lucinda
Matr. 8800

Data do Atendimento: 11/06/2017 Hora: 18:36:15
No. Atendimento: 1030566 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO PRONTUÁRIO: 402359
Colaborador: ANDREACVS

Nome: EDVALDO ROSENDO FREIRES
Data de Nascimento: 29/08/1975 Idade: 41 Anos, 11 Meses e 13 Dias Sexo: M
Pais ou responsáveis: MARIA SEVERINA DO NASCIMENTO C.I.:
Endereço: 6 TRAVESSA PIO XII, 657 - BAIRRO NOVO DO CARMELO / - 54762623
Cidade: CAMARAGIBE Tel.: 81 987888651
Hora do Atendimento: 18 / 52 Hs. Peso: Kg. Temperatura: °

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

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

EXAME FÍSICO: 

Comprovação de ato declaratório

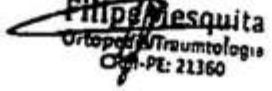

DIAGNÓSTICO: 1) Entorse, distensão do antebraço @

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Rx do antebraço @ AP / Pyl
2) Cetorolaco 100 mg - O amp 1ml
3) Paracetamol 500 mg - O amp + SF 9,9% 100mg
4) Talc axilopalmos @

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

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: Condução da C&T

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

Som: 5189153


Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

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

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



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

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

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: DOR EM MSD APÓS TRAUMA HOJE, PACIENTE INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA

Observação: HAS -
DM -
ALÉRGIA -

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

ARUANA SEGUROS

14 AGO 2017

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

Data Impressão: 11/06/2017 18:35

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO ROSENDO FREIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01584

CONTA: 000000023753-2

Nr. da Autenticação 906F4747E2501958

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO ROSENDO FREIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01584

CONTA: 000000023753-2

Nr. da Autenticação 1EDFB48DB654F714



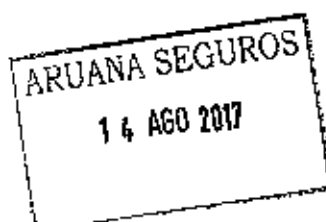
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

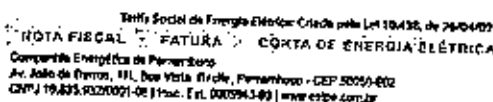
Eu, EDUALDO ROSENDO FREIRES,RG nº 4.873.398, data de expedição 13/10/11, Órgão SDS/PE,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>TRV= 5ª PLOX II</u>
Número	<u>857</u>
Apto / Complemento	<u>1ASA</u>
Bairro	<u>BAIRRO NOVO</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54.762-622</u>
Telefone de Contato	<u>(01) 98552-9424 / (01) 99472-7853</u>
E-mail	<u>FERNANDA BRANCAO 2013 @ GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camuragibe, 14/08/14Assinatura do Declarante: f



ENDOTHELIAL DYSFUNCTION: A CHALLENGE TO

QUINCY INDEPENDENCE
CAMBRIDGE MA
51761-6322

7015754359 05/2017

DATA DE VENCIMENTO 26/05/2017 DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETURA 20/06/2017

TOTAL A PROGRAM (10)

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTITIES
114.000000

18. 1997-1998

TALON (fig)

462

caixa.gov.br

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO

ARRECADACAO DE PAGAMENTO
25/05/2017 14:38:26
DATA DE EFETIVACAO: 25/05/2017
CONVENIO: 080655325
OPERADOR: Diane
REPRESENTACAO NUMERICA
838900000005 862300110074
015754359105 077406130033
CONVENIO: CELPE COMPANHIA ENER
PAGO EFETUADO EM: 25/05/2017
VALOR: 86,23
COD. OPERACAO: 000153244
OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO
CAIXA AQUI
E A CAIXA EM TODO O BRASIL

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Quivdoria: 0800 725 7474

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

**FERNANDA**

CHEGOU SUA FATURA DA OI.

FATURA DE
ASR/2017VENCIMENTO
04/05/2017PAGAR (R\$)
112,08Emissão em 15/04/2017
Período de 13/03/2017 a 13/04/2017CTC CORREIOS
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA
RUA CONGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CA
JD TERESOPOLIS DOIS
50970-230 - RECIFE - PE

Comprovante de residência



00000000000 10 150417

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**VUDE PARA A CONTA ONLINE
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/minhaoi

SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS MAIS

79,48

**MÓVEL (81) 98552-9424**

28,90

+ Oi Internet Pra Celular

TOTAL DE MENSALIDADES

109,38

Além disso, você...

utilizou mensagens / Internet móvel

0,45

SUBTOTAL

109,83

Multas e Juros

2,25

TOTAL DA SUA FATURA

112,08

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

CPF: 056.638.894-68

NÚMERO DO CLIENTE: 2889763434

NÚMERO DA FATURA: 773746266

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631267

PRECISA DE AJUDA?

www.oi.com.br/minhaoi

Aqui você acessa e administra suas faturas,
analisar seu consumo, consulta saldos
e gerencia seus Di pontos.**ENTENDA SEU CONSUMO**

O valor da sua fatura nos últimos meses

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

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

ARUANA SEGUROS
14 AGO 2017

13 NOV 2017



FERNANDA

CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/MinhaOI

FATURA DE
AGO/2017
CÓDIGO MINHA OI
401673631287

VENCIMENTO
04/09/2017

Emissão em 15/08/2017
Período de 13/07/2017 a 13/08/2017

PAGAR (R\$)
124,68



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

**RECEBA
ESTA CONTA
DO JEITO
MAIS
PRÁTICO.**



MADE PARA A CONTA ONLINE
E acesse sua fatura de onde estiver.
Cadastre-se em oi.com.br/MinhaOI

Comprovante de residência



SERVIÇOS UTILIZADOS

PLANO PÓS MAIS

83,54

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

38,19

TOTAL DE MENSALIDADES

121,73

Além disso, você...
realizou chamadas de longa distância

95,81

SUBTOTAL

217,34

Multa e Juros

2,95

FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

COD. PESS. 004.40

NÚMERO DO CLIENTE: 2888783434

NÚMERO DA FATURA: 804704035

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401673631287

**CÓDIGO MINHA OI
401673631287**

www.oi.com.br/MinhaOI

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo,
conta detalhada, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEU CONSUMO

O valor de sua fatura nos últimos meses

Ago 2017	220,29
Jul 2017	116,88
Jun 2017	112,60
Mai 2017	108,38
Abr 2017	112,08
Mar 2017	111,63

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

ARUANA SEGUROS

13 NOV 2017

124,68

CLIENTE
FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA

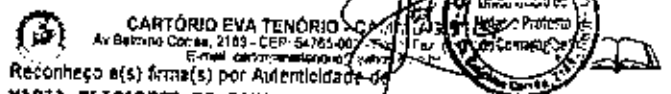
FATURA DE VENCIMENTO VALOR
AGO/2017 04/09/2017 220,29

DÉBITO AUTOMÁTICO
401673631287

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Elisabete de Souza,
RG nº 4.863.885, data de expedição 23/09/2014
Órgão SDS, portador do CPF nº 99209136472, com
domicílio na cidade de Camaragibe, no Estado de
pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pio XII Sº Travessa, nº 857,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDUARDO ROSENDO FREIRES, cujo o condutor era
Eduardo Rosendo Freires.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / NXR 160 BROS E3D
Ano: 2015
Placa: P64 5516
Chassi: 9C2KD0800FR031555
Data do Acidente: 11/06/2017
Local e Data: 12/07/2017 Camaragibe


CARTÓRIO EVA TENÓRIO
Av. Beltrão Costa, 2183 - CEP: 54765-000
E-mail: cartorio@evatenorio.com.br
Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
MARIA ELISABETE DE SOUZA
Camaragibe, 12/07/2017 - 13:08:44 Emol: R\$ 3,88 + TSNR 0,78 Total R\$ 4,66
Consulte a autenticidade em tjpe.jus.br/setelbrasil
Selo: 0076489-ROA05201703:03184
MARIA JOSÉ B. FERREIRA - ESCRIVENTE AUTORIZADA 007


Maria Elisabete de Souza
Assinatura do Declarante

Eduardo Rosendo Freires

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

ARUANA SEGUROS
14 A60 2017