

EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

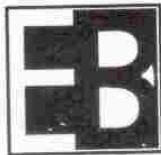
Por este instrumento particular **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 15/12/1995, natural de Orobó/PE, filho de Vanusa Gomes Barbosa da Silva e Inácio João de Castro, residente e domiciliado no Sítio Feijão, Zona Rural, Bom Jardim/PE, CEP- 55730-000, portador do RG nº 10.058.754- SDS/PE data de expedição 22/10/2014 e CPF 122.115.314-58; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. **EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-lo em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula “ad judicia” e “et extra”, mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais; fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-lo, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 10 de maio de 2019

AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 10 de maio de 2019.

Outorgante - Breno Barbosa de Castro

BRENO BARBOSA DE CASTRO





EUDES BRITO
ADVOGACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **BRENO BARBOSA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, capaz, nascido em 15/12/1995, natural de Orobó/PE, filho de Vanusa Gomes Barbosa da Silva e Inácio João de Castro, residente e domiciliado no Sítio Feijão, Zona Rural, Bom Jardim/PE, CEP- 55730-000, portador do RG nº 10.058.754- SDS/PE data de expedição 22/10/2014 e CPF 122.115.314-58; declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispendo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 10 de maio de 2019.

Breno Barbosa de castro

Rua Rafael Virgolino de Aguiar, Ed. Aguiar, 1º Andar, Sl. 28 Orobó - PE / (81) 3656-1166 ou (81) 9696-4979 / eudesbrito@bol.com.br



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420675000000046343849>
Número do documento: 19070208420675000000046343849

Num. 47062163 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420691400000046343853>
Número do documento: 19070208420691400000046343853

Num. 47062167 - Pág. 1

08/05/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1387875909

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111 BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 25/04/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 17/04/2019	CONTA CONTRATO 4000865376
ENDEREÇO SI FEIJAO 9 A -BOM JARDIM/PARIJOS -55730-000 BOM JARDIM PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 27,92	DATA DA APRESENTAÇÃO 17/04/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1

PERÍODO CONSUMO 20/03/2019 a 17/04/2019	CONSUMO 60
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
-----------------------	--------------------

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4000865376	MÊS/ANO 04/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 27,92	VENCIMENTO 25/04/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
------------------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------	--

838500000008 279200110044 000865376107 138858694135



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

limento.celpe.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCConversaoServlet?dest=1&cddi... 1/1



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420700100000046343854
Número do documento: 19070208420700100000046343854

Num. 47062168 - Pág. 1

of 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 16^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - LIMOEIRO

**BOLETIM DE OCORRÉNCIA N°. 18E0047002482
DE FLAGRANTE DELITO**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/10/2018 05:39**

Número do Aviso de Atendimento: **M10048354**

EMBRIAGUEZ - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **7/10/2018** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, RUA MANOEL DE APRÍGIO** - Bairro: **CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (AUTOR VAGENTE - Flagrante de Delito)
A SOCIEDADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **NOEMIA MARIA DA SILVA** Psl: **MANOEL FABRÍCIO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/2** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **93418027418 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SERVENTE** Telefones Celulares:

- 886828888

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 1, SÍTIO FEIJÃO - CEP: 8 - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

A SOCIEDADE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

UMA MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS, COR PRETA, ANO 2018 (VEICULO)
de propriedade do(a) Sr(a): **YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido:

Carônico Sergio Vasconcelos
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELEIRO
Autentico a presente cópia fotostática que é a reprodução
fiel da original que se foi apresentado, do(a) Sr. BOM JARDIM,
29 de outubro de 2018. Em testemunha:
Verdade JOSÉ CARLOS DA SILVA, REITERA, ESCRIVENTE
AUTORIZADO Email: R\$ 2,90 - FER: R\$ 0,34 - TERR: R\$ 0,68 -
Total: R\$ 4,09 Selos: 0077586, BMH10201801.00876 Consulte



Não

Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHA7898 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 227187418 Chassi: 9C2KD0826AR868232

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2010 Combustível: ALCO/GASOL

Descrição: MILHARES DE SANTINHOS COM OS NOMES DOS CANDIDATOS SEBASTIÃO OLIVEIRA, CLODOALDO MAGALHÃES, PAULO, HUMBERTO, JARBAS E HADDAD

Complemento / Observação

POLICIAIS MILITARES AO REALIZAREM RONDAS NA CIDADE DE OROBÓ/PE FORAM SURPREENDIDOS COM O SAMU FAZENDO UM ATENDIMENTO A UMA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, ONDE VERIFICARAM QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA A ESTAVA PILOTANDO QUANDO O PASSAGEIRO CAIU SEM QUE ELE PERCEBESSE; QUE, QUANDO O CONDUTOR PERCEBEU QUE O PASSAGEIRO HAVIA CAÍDO RETORNOU E PERCEBEU QUE ESTE ESTAVA COM ESTADO DE SAÚDE BASTANTE GRAVE, MOTIVO PELO QUAL ACIONOU O SAMU. O CONDUTOR AFIRMOU QUE HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOÓLICA E QUE O PASSAGEIRO ESTAVA SEM CAPACETE; QUE, O PASSAGEIRO BRENO FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE OROBÓ A FIM DE QUE FOSSE SOCORRIDO E O AUTUADO FOI CONDUZIDO ATÉ ESTA DEPLAN PARA QUE FOSSEM TOMADAS AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS; QUE, O AUTUADO APRESENTAVA SINAIS DE EMBRIAGEM, TAISS COMO: ODOR ETÍLICO E OLHOS AVERMELHADOS.

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

**YOLANDO FABRÍCIO DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)**

Condutor da ocorrência:

Nome: GILMAR DE MORAIS CARDOSO

Cargo: SOLDADO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 1100482 - Prefixo da viatura: 22331 - Unidade Operacional: 22º BPM - 22º BATA/PAO DE POLICIA MILITAR

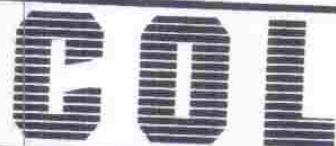
B.O. registrado por: FLAVIANE SOUZA DE FRANÇA - Matrícula: 2737760



Cartório Sérgio Vasconcelos
Sergio Ricardo Vasconcelos - TABELIÃO

Rua Covilho Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 56705-000
Tel (81) 3639-1810

Autêntico a presente cópia fotostática que é a reprodução
fiel da original que se foi apresentado. Dou, fá, Ron Jardim,
29 de outubro de 2018. Em testemunha de
Verdade JOSÉ CARLOS DA SILVA SERRA, ESCREVENTE
AUTORIZADO Emol: R\$ 2,90 - FERD: R\$ 0,34 - TSH: R\$ 0,68 -
Total: R\$ 4,09 Selo: 0077386.IAC10201801.000875 Consulte



CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA
- ESPECIALIDADES MÉDICAS
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. BRENO BARSOSA DE CASTRO, foi vítima de acidente de trânsito no dia 07/10/2018, sofrendo FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO ESQUERDO, submetido a tratamento cirúrgico (redução cirúrgica e fixação com placa e parafusos). Atualmente apresenta ao exame físico atrofia muscular do MSE em grau acentuado com déficit de força muscular, limitação da extensão do cotovelo esquerdo (-30 graus), limitação da pronossupinação do antebraço esquerdo, e da flexo-extensão do punho esquerdo. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 20/03/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11730 / TEOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730





MÉDICO REGULADOR <i>Drs. Milton</i>			TARM		OPERADOR DE FROTA <i>Thierry</i>																																																								
IDENTIFICAÇÃO	DATA <i>07/10/18</i>	HORA <i>00:40</i>	ID <i>-</i>	Nº OCORRÊNCIA <i>553620</i>	UNIDADE MÓVEL <i>USB</i>	BASE DA UNIDADE <i>Orobó</i>																																																							
	ENDERECO DA OCORRÊNCIA <i>Avenida Agamenon Magalhães</i>					Nº <i>SIN</i>																																																							
	BAIRRO <i>Orobó</i>		MUNICÍPIO <i>Orobó</i>																																																										
	PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo à Escola Chapeuzinho Vermelho</i>																																																												
	NOME DA VÍTIMA <i>Bruna Barreira de Castro</i>					IDADE <i>22</i>	SEXO <i>M F</i>																																																						
	SOLICITANTE/FONE <i>Thierry</i>		CARTÃO DE SAÚDE - SUS																																																										
QUEIXA <i>Adolescente com a vítima, reporta fratura em membros superiores esquerdo</i>																																																													
Comunicação	Saída da base <i>00:45</i>	Chegada no local <i>00:50</i>	Saída do local <i>01:20</i>	Chegada no destino <i>01:25</i>	Saída no destino <i>03:40</i>	Chegada na base <i>03:50</i>																																																							
<input type="checkbox"/> Orientação <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Cancelada antes da regulação <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Cancelada																																																													
<input type="checkbox"/> Tranferência (sema) _____																																																													
tipo de ferimento: <input type="checkbox"/> Acidente Trânsito: _____ <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento																																																													
lesões: <input type="checkbox"/> Eletrocussão <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Quase Afogamento																																																													
antecedentes: <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas																																																													
convulsões: <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal																																																													
doenças: <input type="checkbox"/> Doença Mental																																																													
exame clínico: principais sintomas / queixas: <input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose																																																													
<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diarréa <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Inconsciente/Desmaio																																																													
exames: <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros: _____																																																													
Início dos Sintomas: <input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe																																																													
Dados Vitais:																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora</th> <th>PA</th> <th>P脉</th> <th>FR</th> <th>Temp. Axilar</th> <th>Glicemia</th> <th>Saturação O₂ %</th> <th>Escala de Glasgow</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicio</td> <td><i>100x80</i></td> <td><i>88</i></td> <td><i>20</i></td> <td><i>36°C</i></td> <td><i>98</i></td> <td><i>98</i></td> <td><i>15</i></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> <td><i>-</i></td> </tr> </tbody> </table>								Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow	Inicio	<i>100x80</i>	<i>88</i>	<i>20</i>	<i>36°C</i>	<i>98</i>	<i>98</i>	<i>15</i>	Fim	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>																														
Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow																																																						
Inicio	<i>100x80</i>	<i>88</i>	<i>20</i>	<i>36°C</i>	<i>98</i>	<i>98</i>	<i>15</i>																																																						
Fim	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>																																																						
RESPIRAÇÃO: Via Aérea: _____																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Corpo Estranho <input type="checkbox"/> Bronco Aspiração <input type="checkbox"/> Edema da Glote <input type="checkbox"/> OBS																																																													
Respiração/Ventilação: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Parada Respiratória <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Rítmo Irregular																																																													
Ausculta: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Roncos/sibilos <input type="checkbox"/> Estertores <input type="checkbox"/> Diminuição MV <input type="checkbox"/> Ausência MV																																																													
Exaerobilidade: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular																																																													
Achados: <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Enfisema Subcutâneo <input type="checkbox"/> Expectorado mucosa/purulenta <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Hálito Elíptico <input type="checkbox"/> Outros																																																													
CIRCULAÇÃO: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pele</td> <td><input type="checkbox"/> Cianose</td> <td><input type="checkbox"/> Fria</td> <td><input type="checkbox"/> Úmida</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Palidez</td> <td><input type="checkbox"/> Quente</td> <td><input type="checkbox"/> Seca</td> <td><input type="checkbox"/> Outros:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Edema</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Palpebral</td> <td><input type="checkbox"/> M Inferiores</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Anasarca</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perfusion</td> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Retardada</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Fino</td> <td><input type="checkbox"/> Chalo</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pulso</td> <td><input type="checkbox"/> Regular</td> <td><input type="checkbox"/> Irregular</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Atrito pericárdio</td> <td><input type="checkbox"/> Arritmia</td> <td><input type="checkbox"/> Sopro</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausculta</td> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Hipofoneada</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Não realizado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ECG</td> <td><input type="checkbox"/> Normal</td> <td><input type="checkbox"/> Alterado</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Úmida	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M Inferiores	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Anasarca				<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Chalo	<input type="checkbox"/> Ausente			<input type="checkbox"/> Pulso	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Atrito pericárdio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopro			<input type="checkbox"/> Ausculta	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofoneada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não realizado					<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado						
<input type="checkbox"/> Pele	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Úmida	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outros:																																																					
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M Inferiores	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Anasarca																																																								
<input type="checkbox"/> Perfusion	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Chalo	<input type="checkbox"/> Ausente																																																							
<input type="checkbox"/> Pulso	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Atrito pericárdio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopro																																																							
<input type="checkbox"/> Ausculta	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofoneada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Não realizado																																																									
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado																																																											

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorsو	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS	MI
								E	D
Amputação									
Contusão									
Escrachado									
Esmagamento									
Perforante									
Contuso									
Frat. Fechada									
Frat. Aberta									
Asfixia									
Luxação									
Queimadura									

OBSERVAÇÕES

Fratura Entradura
em membro su-
perior esquerdo.
Corte profundo
em face.

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Sondadeira
- Coma
- Contusão
- Convulsão
- Otorragia Direita
- Otorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guaxinim direito
- Sinal de Guadlin esquerdo
- Rigidex de nuca
- Afasia

- Miase Direita
- Miase Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia

- Parestesia
- Arreflexia
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- Outros:

SEGMENTO:

Pescoco:

- Faringe: Edema
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão Ascite
- Doloroso/Defesa
- Esplenomegalia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros

Urogenital:

- Anúria
- Glicúano Direito
- Glicúano Esquerdo
- Hematuria
- Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento Hemorragia vaginal Normal
- Trabalho de parto: 01 cont/10m 1-3 cont/10m 3-5 cont/10m Outros:
- Parto único Gêmeos Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotraqueal
- Câmla Orofaríngea
- Cricotireoidostomia
- Ventilação Mecânica Ambu
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose c/ Agulha Direita

- APGAR: _____
- Toracocentose c/agulha esquerda
- Drenagem Torácica Direita
- Drenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardioversão
- Controle Hemorragia
- Curativo
- Punção Venosa Periférica
- Punção Venosa Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Membros
- Colar Cervical
- Talas/Tração
- Entubação Orotraqueal
- Traqueostomia
- Monitorização cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÉUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactato	500 ml	—	80g	EV	
Sol. fisiológico 0,9%	—	—	—	—	
Sol. Glicosado 0,5%	—	—	—	—	
Outros	—	—	—	—	

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Severino Tavares

MUNICÍPIO: Cravio

INTERCORRÊNCIA:

PERTENÇÕES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeira / Aux. / Téc. de Enfenn.	Condutor

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, neste oportunidade.

DR. ISSACAR DA SILVA
M&G
1445981198728
Assinatura e carimbo do médico
(Unidade de destino)
HORA:



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **BRENO BARBOSA DE CASTRO, prontuário nº 1148954**, admitido neste hospital em 08/10/2018 com diagnóstico de Fratura de rádio distal esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 10/10/2018.

Recife, 20 de Fevereiro de 2019.

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

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife





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: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)

Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA

CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 09/10/2018-08:19

Diagnóstico pré-operatório: Fratura do Rádio Distal Esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: Fratura Única do Rádio Esquerdo

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos +

Osteotomia

Cirurgião: Dr. Azarias Salgado

Anestesia: Raqui

Audentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão;
4. Visualizado e identificado Placa e Parafusos, retirada de fibrose entre fragmentos;
5. Retirada de Placa e Parafusos;
6. Realizado osteotomia + remoção de espícula óssea;
7. Realizado manipulação articular para liberação de aderências;
8. Realizado irrigação copiosa com SF 0,9%;

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Realizado incisão em face volar do antebraço. Dissecção por planos e hemostasia. Identificado o foco de fratura única do rádio, realizado osteotomia + redução da fratura. Realizado a osteossíntese do rádio com 01 placa em DCP, sendo fixada com parafusos corticais. Verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura através de scopia;
4. Limpeza com SF 0,9%;
5. Sutura;
6. Curativo;
7. Tala gessada;
8. RX de controle.

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: 16/10/2018 08:19:23



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Única do Rádio
A AUTO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Sistema Único de Saúde

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1



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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

BRENO BARBOSA DE CASTRO

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S525

Recife, 10/10/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 10531



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420743500000046343858>
Número do documento: 19070208420743500000046343858

Num. 47062172 - Pág. 4

Santa Casa de Recife**Solicitação de Exames**

Paciente:	BRENO BARBOSA DE CASTRO	Reg.:	607356	Pront.:	1148954
Telefone:	81995717548	Dt. Nasc.:	15/12/1995	RG:	10058754
Titular:	BRENO BARBOSA DE CASTRO	Matric:			
Unidade:	ENFERMARIA SÃO LUIZ	Leitos:	LEITO C3		
IH No.:	1	Admissão:	08/10/2018 17:40	Convênio:	RETAGUARDA GETULIO
CID:	S525	OS:			
Data/Hora:	09/10/2018 10:03				

Exames Solicitados:

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

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218



Dr. Breno Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 60331





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: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)
Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA
CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420743500000046343858>
Número do documento: 19070208420743500000046343858

Num. 47062172 - Pág. 6



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: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)

Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA

CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM:6218

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: 16/10/2018 08:19:23.



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420743500000046343858>
Número do documento: 19070208420743500000046343858

Num. 47062172 - Pág. 7

Registro: 607356 Prontuário: 1148954 Data de Nascimento: 15/12/95 Idade: 22 ANO(S)

Nome do Paciente: **BRENO BARBOSA DE CASTRO** Sexo: Masculino

Nome da Mãe: VANUSA GOMES BARBOSA DA SILVA

CPF: 12211531458

Data: 09/10/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal Esquerdo CÓDIGO:
0408020407

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Única do Rádio Esquerdo + Retirada de Placa e Parafusos + Osteotomia CÓDIGO: 0408020431 / 0408060379 / 0408060174

COD	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGÃO	Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Leonardo Guerra	21806
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclistico, resultando Fratura de Rádio Distal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

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

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 15/10/2018 11:57:15.





Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420743500000046343858>
Número do documento: 19070208420743500000046343858

Num. 47062172 - Pág. 9



Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife

HOSPITAL SANTO AMARO

Convênio SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:	<i>Breno Barbosa de Castro.</i>
<i>Motivo: Fratura consolidada no máximo esquerdo. Até o 20/01/2019 dias.</i>	
	
	

Cód.:1226



Assinado eletronicamente por: EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO - 02/07/2019 08:42:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070208420743500000046343858>
Número do documento: 19070208420743500000046343858

Num. 47062172 - Pág. 10

Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Nome: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Reg.: 607356 Pront.: 1148954

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 15/12/1995

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 22

Admissão: 08/10/2018 17:40

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE

Fone: (81) 3112-3800 | Email: stc-csa@santacaseribe.org.br

SANTA CASA

DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

Site: www.santacaseribe.org.br

Admissão:

FRATURA EM RÁDIO ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	08/10/2018 17:40	10/10/2018 08:52	2 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS 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

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedista Traumatólogo
CRM 10531



SINISTRO 3190280258 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BRENO BARBOSA DE CASTRO

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO BRENO BARBOSA DE CASTRO

CPF/CNPJ: 12211531458

Posição em 06-05-2019 09:31:29

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Lider DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280258 **Vítima: BRENO BARBOSA DE CASTRO**

Data do Acidente: 07/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRENO BARBOSA DE CASTRO

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

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

Recebedor: BRENO BARBOSA DE CASTRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000002369-8

Conta: 000010020946-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00111/00112 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral

Contribuinte,

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada		
LOGRADOURO R SENADOR DANTAS	NÚMERO 74	COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES
CEP 20.031-205	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO
UF RJ	TELEFONE (21) 3861-4600	
ENDEREÇO ELETRÔNICO CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR	ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****	
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017 às 15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: **1/1**

[Consulta QSA / Capital Social](#)

[Voltar](#)



Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante, (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle estinctoriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Av. Gov. Antônio Magalhães, 4779, 22º andar, Emp. Isaac Newton, Ilha do Leite, 50.070-160 - Recife - PE - Brasil. Fone: (81) 3447-7999. Fax: (81) 3447-7999
 Rua 144, 144, Av. João Machado, 353 s/s 308 a 316 - Edif. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB - Brasil. Fone: (83) 3241-1035 / 3241-1075
 Rua 44, 44, Av. Tancredo Neves, 1632 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cm. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA - Brasil. Fone: (71) 3271-9930

