



Número: **0053209-80.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANUEL LIMA DA SILVA (AUTOR)		ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65729790	04/08/2020 09:30	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MANUEL LIMA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180420786**

Vítima: **MANUEL LIMA DA SILVA**

Data do Acidente: **20/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180420786**.

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 11363587

Pag. 0035000380 - carta_01 - INVALIDEZ

00020100





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 443/12

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 e 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").

Nome do Sinistro ou AGL

CPF da vítima
234.259.034-20

Nome completo da vítima
Manuel Lima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Manuel Lima da Silva	CPF titular da conta 234.259.034-20	Profissão AUTÔNOMO
Endereço R. ARAUJO JOSE GERALDO PAES	Número 1814	Complemento CS-3
Bairro FLO AMARELO	Cidade PAULISTA	Estado PE
E-mail	CEP 53431-832	Telefone (DDD) (81) 3011 3224

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

☒ RECLAMO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRABESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (041)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NÚMERO 1551
CIVIL
CÓDIGO 26808
CIVIL
CIVIL

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO
NÚMERO
AGÊNCIA
NÚMERO
CIVIL
CIVIL

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. Assinado e reconhecido e dou plena quitação do valor indenizado.

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, 117, 115, 902 B, L

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPE 001 V001/017

05.802.494/0001-1

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 117, 115, 902 B, L

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Bo Vista - CEP: 51.040-010

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





05.802.494/0001-41
TRACAJ CORRETORES
DE SEGUROS LTDA
24 JUL 2018
Rua da Aurora, nº 275, 51.902-010
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PELOPE

05.802.494/0001-41
TRACAJ CORRETORES
DE SEGUROS LTDA
24 JUL 2018
Rua da Aurora, nº 275, 51.902-010
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PELOPE





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 reservas, 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 no ADL

CPF da Vítima

234.259.034 - 20

Nome completo da vítima

Manuel Lima da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Manuel Lima da Silva	CPF titular da conta	234.259.034 - 20	Profissão	Autônomo
Endereço	R. ADRIANO JOSE GERALDO PAES	Número	1194	Complemento	CA-3
Bairro	ANA CELSO	Cidade	FAUJSTA	Estado	FE
E-mail		CEP	53431-832	Telefone (DDD)	(21) 3011 3224

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora LIDER - DPVAT, residir no endereço acima, segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00

Rua da Aurora, 1194 - FAUJSTA - C
Bairro VISTA - FAUJSTA - FE

☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 9.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (somente para as contas abidas. Assinale uma opção)
☐ BRABESCO (217) ☐ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAU (241)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

1581

CONTA

36808

CVV

8

RECIBO DE

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nome

CVV

Nome

CONTA

Nome

CVV

Nome

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

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

Rua da Aurora, 1194 - FAUJSTA - C
Bairro VISTA - FAUJSTA - FE

05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41

05.802.494/0001-41

Quinta, 08 de maio de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXPPF-201 V001/2017





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC-PE



Boletim de Ocorrência
1 de 2

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/Xml/BOEPreview.html
27/04/2018 09:32

05.802.494/0001-41
TRACAO COORDENADORIA
DE SEGURCA LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, 175, 51.502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACAO COORDENADORIA
DE SEGURCA LTDA

Rua da Aurora, 175, 51.502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118004272

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2018 às
10:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 20/3/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 81 - Bairro:
CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR (AGENTE))
JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (OUTRO)
MANUEL LIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
MANUEL LIMA DA SILVA

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

**MANUEL LIMA DA SILVA (presente na plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ANTONIA
ALVES DA SILVA Pai: JOSE LIMA DA SILVA Data de Nascimento: 2/8/1988 Nacionalidade:
GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1922819/000/PE (RG), 22428962428 (CPF)
Profissão: VENDEDOR(A) Telefones: Celulares:
- 88888888**

Endereço Residência: **RUA ARQUITETO JOSE GERALDO DE CASTRO FARI, 1194, CASA 81
- CEP: 50005-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (não presente na plantão) - Sexo:
Feminino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**CONDUTOR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (não presente na
plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



27/04/2018 09:52

1 de 2



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

MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4982 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANUEL LIMA DA SILVA**

Categoria/Accao/Moção: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDJ4982 (PERNAMBUCO/PAULISTA)**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2516** Combustível: **ALCOOL/ASOL**

Complemento / Observação

O SR. MANUEL LIMA DA SILVA, NOTICIUO NESTA 22ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDJ-4982 PELA VIA DE ACESSO AO LADO DO SHOPPING NORTH WAY, QUE DEVIDO A BURACOS NA RODOVIA, OUTRA MOTO CONDUZIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, EM ALTA VELOCIDADE, DESVIU EM SUA DIREÇÃO OCASIONANDO A COLISÃO LATERAL. DEVIDO AO IMPACTO A VITIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÃO / FRATURA EXPOSTA DO 5º DDE DA MÃO ESQUERDA. O SR. MANUEL LIMA FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UPA DE JB. PAULISTA EM SEGUNDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS (ATEND. Nº 113354) ONDE RECEBEU TRATAMENTO CIRURGICO/ MEDICO ICARO MOLIM - CREMEPE 18589. REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

Manuel Lima da Silva
MANUEL LIMA DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por **ISRAEL MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2732612**

05.802.494/0001-41
TRACAP CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 202 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-410
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAP CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
24 JUL 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 202 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-410
RECIFE-PE

27/04/2018 09:52



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0118004272

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/04/2018 às
10:06

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpeiro (Consumido)
que aconteceu no dia 20/03/2018 às 12:10

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01 - Bairro:
CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUZIR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR/AGENTE)
JANE TE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (OUTRO)
MANUEL LIMA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a)
MANUEL LIMA DA SILVA

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

**MANUEL LIMA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nê: ANTONIA
ALVES DA SILVA Pai JOSE LIMA DA SILVA Data de Nascimento: 3/8/1959 Naturalidade:
GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1222215/988/PE (RG), 12422003429 (CPF)
Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 926919880**

Endereço Residencial: **RUA ARQUITETO JOSE GERALDO DE CASTRO PAES, 1194, CASA 83
- CEP: 50000-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DO O - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JANE TE DE SOUSA SANTOS PEREIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**CONDUZIR DE MOTOCICLETA PLACA NÃO IDENTIFICADA (não presente ao
plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

27/04/2018 09:32



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

MOTOCICLETA DE PLACA PEJ-4992 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JANETE DE SOUSA SANTOS PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANUEL LIMA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 180** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEJ-4992 (PERNAMBUCO/PAULISTA)**
Ano/Fabricação/Modelo: **2012/2012 Combustível: ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SR. MANUEL LIMA DA SILVA, NOTICIUO NESTA 20ª CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PEJ-4992 PELA VIA DE ACESSO AO LADO DO SHOPPING NORTH WAY, QUE DEVIDO A BURACOS NA RODOVIA, OUTRA MOTO CONDUZIDA POR PESSOA DESCONHECIDA, EM ALTA VELOCIDADE, DESVIU EM SUA DIREÇÃO OCASIONANDO A COLISÃO LATERAL. DEVIDO AO IMPACTO A VITIMA CAIU DA MOTO E SOFREU LESÃO / FRATURA EXPOSTA DO 2º OSS DA MÃO ESQUERDA. O SR. MANUEL LIMA FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES PARA UMA DE JD. PAULISTA EM SEGUNDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS (ATEND. Nº 112394) ONDE RECEBEU TRATAMENTO CIRÚRGICO/ MÉDICO (CARO MOLIN - CRENEPE 38599. REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

Manuel Lima da Silva
MANUEL LIMA DA SILVA
(VITIMA)



S.O. registrado por **ISRAEL MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2733613**

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, 52.902-010
Recife - PE
CNPJ: 06.908.000/0001-01

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, 52.902-010
Recife - PE
CNPJ: 06.908.000/0001-01

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, 52.902-010
Recife - PE
CNPJ: 06.908.000/0001-01





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0231206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MANUEL UHA DA SILVA

CNPJ da Vítima

234.259.024-20

Data do Acidente

20.03.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CNPJ do Representante Legal

Telefone (DDD)

E-mail

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2018

Rua da Aeroná, nº 175, 14.902-010, C
Boa Vista - CEP 54.060-030
RECIFE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALE 001 0001/2017



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

MANUEL UMA DA SILVA

CPF da Vítima

234.259.034-20

Data do Acidente

2003.10

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 2º da Lei nº 6.194/74.

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Manuel Uma da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data

Olinda, 06 de maio de 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001, V002/2017

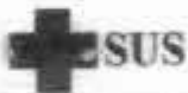
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
MANUEL LIMA DA SILVA	113354			
7 - Cartão Nacional de SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Códig
70640682094787	03/09/1990	M	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ANTONIA ALVES DA SILVA	8198667093			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Celular			
JOAO PAULO SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
ARQUITETO GERALDO PAES, 1154 - PAU AMARELO				
16 - Município	17 - RG	18 - UF	19 - CEP	
PAULISTA	281070	PE	53432865	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sinais Clínicos
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOAMOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 1º DGTARUS DOR EM TNZ.

21 - Condições que justifiquem a internação
PACIENTE CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO E RAI X

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE 1º DGT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CID 10 Primária	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causa Associada	
S628	W000		
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA	940400032		
29 - Especialidade	30 - Causa do Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	00 ONE	95001628722231
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Profissional no Conselho	
FILIPPE MACIEL BELFORT CAMPOS	20/03/2018		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Tipico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOE
38 - () Acid. Trabalho Tránsito			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	6260000001	
49 - Documento	50 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
51 - Data da Autorização	52 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261810158125-0

Código do Laudo: 421115





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 421115

Senha da Classificação:

0022

Data e Hora: 20/03/2018 13:43

Paciente: 113354 MANUEL LIMA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1960 Idade: 57 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ANTONIA ALVES DA SILVA

Nome do Pai: JOSE LIMA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: ARQUITETO GERALDO PAES - CASA 3

1194

Bairro: PAU AMARELO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

14:00h

Queixa Principal

Dor + Sanguinamento a S^o QVE + Dor a TNZ (E) após lesão mecânica há 04 horas. Nega alergias ou DM2. HAS (+). Locomotoria (+).

Exame Físico

Ext. compatível, orientado, eufórico.
PPE: hemostático satisfatório e reativo + F3 + S^o QVE.
TAC: Edema a 2^o (12/4/18) dor a reflexo lateral de Y.
Piora (+)

Hipótese Diagnóstica

Infarto miocárdico a S^o QVE? Ex. exposto a S^o QVE? Entenda a TNZ (E)

Prescrição Médica

Sol. 100mg + 100mg + 100mg (E)

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETECA
DE SEGUROS LTDA

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

11.04.2018

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Jairo MAMM
Médico
CREMEPE 12345

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

(X) Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETECA
DE SEGUROS LTDA

11.04.2018

Rua da Aurora, 175, 52.902 BL. 2

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



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: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANUEL LIMA DA SILVA

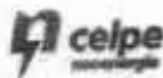
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000036808-8

Nr. da Autenticação 8022F11D8DA44EEB





INSTITUCIONAL - SERVIÇOS - TENDÊNCIA DE INVERSAÇÃO ELÉTRICA
Companhia de Energia de Pernambuco
Av. João de Barros, 175, Boa Vista, Recife - CEP 50.060-010
CNPJ nº 06.802.494/0001-41 | www.celpe.com.br

SAÍDA DO CLIENTE
MARCEL LIMA DA SILVA

CPF: 034.258.054-33

CLASSIFICAÇÃO

SE: RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

INSTITUCIONAL - SERVIÇOS - TENDÊNCIA DE INVERSAÇÃO ELÉTRICA
AVALIAÇÃO DE RISCO DE INVERSAÇÃO ELÉTRICA
RUA DA AURORA, 175, BOA VISTA, RECIFE - PE
CEP: 50.060-010

7017484324	05/2018
180625018	12062018
TOTAL: 375,22	

Consumo (Residencial)
Antecedente (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019
Consumo (Residencial) - 1,000019

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

TOTAL DA FATURA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A Fatura de Energia Elétrica é emitida pela Companhia de Energia de Pernambuco (CELPE) e representa o valor devido pelo consumidor pelo consumo de energia elétrica no período de 12 meses.

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

DESCRIÇÃO	UNIDADE	VALOR
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019
CONSUMO	UNIDADE	1,000019

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A Fatura de Energia Elétrica é emitida pela Companhia de Energia de Pernambuco (CELPE) e representa o valor devido pelo consumidor pelo consumo de energia elétrica no período de 12 meses.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A Fatura de Energia Elétrica é emitida pela Companhia de Energia de Pernambuco (CELPE) e representa o valor devido pelo consumidor pelo consumo de energia elétrica no período de 12 meses.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
A Fatura de Energia Elétrica é emitida pela Companhia de Energia de Pernambuco (CELPE) e representa o valor devido pelo consumidor pelo consumo de energia elétrica no período de 12 meses.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Companhia Estadual de Energia Elétrica do Ceará - Celpe
Av. João de Deus, 175, Boa Vista, Fortaleza - CE 05000-000
CNPJ 13.052.894/0001-41 - Ins. Est. 05000000000000000000000000000000

EMPRESA: ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO - R. FERNANDES NEIRA 216

CPF: 102.881.754-83

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 05000000000000000000000000000000

ENDEREÇO: RUA DE AURORA, Nº 175, 51.º ANDAR, BOA VISTA - CEP: 50.060-070

DATA DE EMISSÃO: 23/04/2018

DATA DE VENCIMENTO: 16/05/2018

VALOR TOTAL: 422,97

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	UNIDADE	422,97	422,97

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR TOTAL
23/04/2018	16/05/2018	422,97

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	1	UNIDADE	422,97	422,97

TOTAL DA FATURA: 422,97

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	UNIDADE	422,97	422,97

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	UNIDADE	422,97	422,97

Observações: Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal Eletrônica (NF-e) emitida pela Companhia Estadual de Energia Elétrica do Ceará (Celpe). A validade desta cópia é garantida pela assinatura eletrônica do emissor. Para mais informações, consulte o site da Celpe.

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	UNIDADE	422,97	422,97

ITEM	QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	UNIDADE	422,97	422,97

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/08/2020 09:30:02

URL: https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080409300263700000064494073

Número do documento: 20080409300263700000064494073

422,97

838500000004-0 22970011007-1 02759877810-3 11848783293-0

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97

422,97



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade e atribuições, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Gonçalves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 055.382.254/34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Uma da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 234.259.034/20, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vitima Manuel Uma da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 234.259.034/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Fernandes Vieira</u>		Número <u>21</u>	Complemento <u>C5-B</u>
Bairro <u>SA. ATLANTICA</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>5340-300</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 3011 3224</u>		Telefone celular (DDD)	

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO ADMINISTRATIVA
DE SEGUROS LTDA

12 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 176, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP 50.060-010
Olinda - PE
05.802.494/0001-41

Olinda 08 de maio de 2018
Local e Data

Renato Gonçalves da Silva
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Renato Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o nº 055.382.254/34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manuel Uma da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 234.259.039/20 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da vítima Manuel Uma da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 234.259.039/20 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: 05.802.494/0001-41 e apresento os documentos comprobatórios: TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

☒ Recuso informar

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
<u>R. Fernandes Vieira</u>	<u>21</u>	<u>CS-B</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>SA. ARAUCÁRIA</u>	<u>OLINDA</u>	<u>PE</u>
CPF	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>53140-300</u>	<u>(81) 3011 3224</u>	

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
SA. VILA - OLINDA - PE
CEP: 53140-300

Olinda 08 de maio de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
SA. VILA - OLINDA - PE
CEP: 53140-300



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Janete de Sousa Santos Pereira
 RG nº 6394788 data de expedição 1/1
 Órgão SSP PE portador do CPF nº 67003664534 com
 domicílio na cidade de Paulista no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Calumbi nº 64
 complemento Casa 01 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Mauro Roberto Gomes o condutor era

Veículo: Motocicleta
 Modelo: Ronda/CG 160 TITAN EX
 Ano: 2015 0034908
 Placa: 9C2KC1660FR5/2956
 Chassi: 9C2KC1660FR5/2956
 Data do Acidente: 20/03/18
 Local e Data: Paulista, 08 maio 2018

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Janete de Sousa Santos Pereira
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

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



05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Pernambuco



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, S/N 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Nº Atendimento:

988745

Nome:

Manuel Reme de Silva

Foi atendido às

12:35

hs do dia

20/03/18

Diagnóstico Provável:

Fract. exposta

na 8ª costela

Tratamento Realizado:

curativo + per curam he-
minto no ortopedico (HMA)

Observação:

Cópia de:

Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP
Avenida Ministro Marcos de Beiro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035
CNPJ: 09039744/0005-18 TEL. (81) 3184-4255



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem Resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece Comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE GRAVE

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na Fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização pela Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume dos Fluidos Infundidos: _____

Outras condutas: _____

Intercorrências: _____

INTERCORRÊNCIAS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Médico da Liberação do Paciente

acompanhamento médico: () SIM () NÃO

Rua da Aurora, Nº 175, S. 50.060-010

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 421179

Usuário: JOSAFAXA

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaripe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MANUEL LIMA DA SILVA			Prontuário:	113354
Idade:	57a 6m 15d	Sexo:	M	Data de Nascimento:	3/9/1960
Profissão:				CEP:	53433665
R.G.:	1922519	C.P.F.:	23425903420	Telefone:	PAULISTA - PE
Endereço:	ARQUITETO GERALDO PASS				
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	VERDE-EXTRA
Médico Internação:	SORMANE DE CARVALHO BRITTO				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	21/03/18	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Boa Condicionamento Clínico		
Diagnóstico Principal.....:	Ex. Febre e M. L. 1.º RPE		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	Laparoscopia		
Assinatura e RG	Dr. Igor Alencar CRM-PE 26.448		
Responsável pela retirada do paciente			

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesia, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 20 de Março de 2018

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável
Manuel Lima da Silva
RG: 1922519

RECIFE-PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES 6431566
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES 6431566

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - Nº Protocolo
6 - Nome do Paciente MANUEL LIMA DA SILVA				113354
7 - Cartão Nacional do SUS 706406632094787	9 - Data de Nascimento 03/09/1980	10 - Sexo M	10 - Raza/Cor 03 - Parda	10 - Estado 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe ANTONIA ALVES DA SILVA				12 - Telefone da Contato 8188667090
13 - Nome Responsável JOSAO PAULO SILVA				14 - Telefone de Contato
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) ARQUITETO GERALDO PAES, 1194 - PAU AMARELO				
16 - Município PAULISTA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sinais Clínicos PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-MOTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE 9º QOE MAIS COR EM TRZ			
21 - Condições que justificam a internação PACIENTE CIRÚRGICO		22 - Principais Resultados de Exames Complementares EXAME FÍSICO E RAO X	
23 - Diagnóstico inicial / Código FRATURA EXPOSTA DE 9º QOE		24 - CID 10 Principal 362B	25 - CID 10 Secundário W000
		26 - CID 10 Causas Associadas 02.01.01.00	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA				9409060638	
29 - Especialidade	30 - Causas de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	DO CNS - 1 / CPP	880015287232301		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo do Médico	36 - Assinatura e Carimbo do Conselho	
FELIPE MACIEL BELFORT CAMPOS		30/03/2018	 Médico CREMERF 25500 18000		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNP / Seguradora	40 - Nº Série	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNP / Empresa	43 - CME / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Especial			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
			() Aposentado
			() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor E260000001	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNPJ/CPF) do Profissional Autorizador	AIH 261810158125
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

Código de Lander: 421115



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MANUEL LIMA DA SILVA REG: 113354

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
20/3/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS +	# ADMISSÃO
DM-	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO-MOTO COM
ALERG-	FRATURA EXPOSTA EM 5º QDE E DOR EM TNZ E.
17:30	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO
	AFEBRIL
	EX. FISICO:
	SANGRAMENTO E EXPOSIÇÃO OSSEA EM 5º QDE
	DOR EM TNZ E
	HD: FX EXPOSTA DE 5º QDE
	CD: INTERNAMENTO

05.802.494/0001-41
TRACÃO COBERTORA
DE SEGUROS LTDA

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Igor Alcântara
Médico
CRM-PE 20.446

21-07-18

SOT

Paciente chegou no 1º DP do CC
com fratura exposta de 5º QDE
com ferimento profundo de 5º QDE

05.802.494/0001-41
TRACÃO COBERTORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Paciente vem com B.O.B. anterior
vacinas em dia.
CD - Alta Hospitalar

- Mantar Taka Silent no 1º DP
- Sob observação de Arlene Figueira

Dr. Igor Alcântara
CRM-PE 20.446



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/03/2018 13:37

Nome Paciente: MANUEL LIMA DA SILVA
Cód. Paciente: 113354
Data do Nascimento: 03/09/1960
Sexo: Masculino
Idade: 57
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 421115
SAME: 100534

Período: 20/03/2018 14:04 - 20/03/2018 14:11

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA SENHA 5387483, CONCS, ORIENT, ELIPNEICO, TRAUMA 5º QDE COM FRATURA EXPOSTA APOS COLISAO MOTO - MOTO. REFERE DOR MIE. HD: FRATURA EXPOSTA 5º QDE.

Observação: REFERE HAS, NEGA DM.

Programa sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidol: - SACR - REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO COBRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rio Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO COBRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rio Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (✓)
Local:
Enfermeiro

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO COBRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rio Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

LUCIANO DE FREITAS E SILVA
COREN: 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/03/2018 14:11

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 20/03/2018
Hora: 22:28

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 48636
Paciente: 113554
Convênio Atend.: 1
Leito: 600
Dt. Início: 20/03/2018 22:32

Cid Pré-Operatório: 9626
Cid Pós-Operatório: 9626

Sala: 0003 SALA 03
MANUEL LIMA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-EXTRA
Dt. Fim: 20/03/2018 23:28

FRATURA DE OUTROS DEDOS
FRATURA DE OUTROS DEDOS

Abandonamento: 421179
Carteira:
Idade: 57 Anos 17 Dias 22 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001
Anestesia: 42

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
LOCAL

Equipe Médica

URGIAO

14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FALANGE DISTAL DO 5º DDE
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO
OPERADOR: DR. FABIO KAUFFMAN
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: NANE
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. OBSERVO IMPORTANTE LESÃO DE PARTES MOLES EM 5º DDE
5. REALIZADO LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. REALIZADO DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO
7. SUTURA COM NYLON 3.0
8. CURATIVO
9. TALA SPLINT

IS: IMPORTANTE LESÃO DE PARTES MOLES, VIGIAR PERFUSÃO E GRANDE RISCO DE NECROSE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Pedro Cunha
Médico Cirurgião
CRM: 27.084

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a Dor 2
Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem Resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece Comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada do Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na Fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE GRAVE
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização na Gessada: S() N()

Antitrombotização: S() N() Especificar: _____

Coagulação: Color () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade

FIQZ: _____

Monitorização Cardiorrespiratória: S() N()

Analgesia: S() N()

Monitor de Buldoc: S() N() Especificar: _____

Balance de Fluidos: Infusões: _____

Medicamentos: _____

Observações: _____

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rio de Janeiro - CEP: 20.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rio de Janeiro - CEP: 20.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rio de Janeiro - CEP: 20.060-010

RECIFE-PE





MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

CAVOS M. G. 00

M. Arraes C. de S. M. 11/03/19

Paciente infante de 11 meses
exata de 13 de 5.000 com
ferimento extenso em palma digital
de 5.000 em ferimento de 5.000
26/03/19 apresentando de 5.000
de 5.000 de 5.000 e 5.000
apresentando com 5.000 de 5.000
com 5.000 de 5.000 de 5.000
de 5.000 de 5.000 de 5.000

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TEIA)

11.03.2019

Rua da Bahia, 1175, 51-902 BL. C
Bos Vento - CEP: 50.060-011

RECIBO

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TEIA)

11.03.2019
RUA DA BAHIA, 1175, 51-902 BL. C
BOS VENTO - CEP: 50.060-011

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TEIA)



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/11/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/11/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: MANUEL LIMA DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta (Acidente de distração), da F3 da 5ª deda da mão esquerda, CI lesão da aponeurose flexora + lesão de VERVE digital	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): O paciente submeteu-se a cirurgia (lavagem + debridamento + fixação da 5ª deda (fratura) + imobilização CI da Garrafa. Paciente submetido a fisioterapia (20 Sessões)	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Fratura exposta, CI lesão de VERVE digital,
2ª Lesão da 5ª deda + lesão da aponeurose flexora +
3ª lesão da 5ª deda + lesão da CI de amputação
4ª Lesão da 5ª deda + lesão da CI de amputação
5ª 5ª deda - Fratura exposta CI lesão VERVE digital

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 6/9/2018 A 6/9/2018 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

6/9/2018 [Assinatura]

LOCAL: DATA: ASSINATURA E CARIMBO:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RECURSAS
ALCOA S/A - SÓCIO DA TRAFIC
CORREÇÃO E SEGURANÇA DE TRANSPORTES

NOME
DANIEL LIMA DE OLIVEIRA

CPF
11.111.111-11

RG
219.212.124-24

DATA DE NASCIMENTO
11/11/1988

ENDEREÇO
RUA LIMA DA SILVA
BETUNIA ALVES DA SILVA

PROFISSÃO
PROFESSOR

DATA DE EMISSÃO
22/12/2008

ASSINATURA
[Assinatura]

DATA DE VALIDADE
11/11/2010

ASSINATURA
[Assinatura]

DATA DE VALIDADE
11/11/2010

ASSINATURA
[Assinatura]

DATA DE VALIDADE
11/11/2010

05.802.494/0001-41
TRAFICADORA
DE SEGUROS LTDA

24 JUL 2010

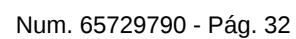
Rua da Aurora, Nº 175, 14 902 BL. C
Bom Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAFICADORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, 14 902 BL. C
BOM VISTA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



05.802.493/0001-43
TRACAO DE SEGUROS
DE SEGUROS (TDA)
Rua da Aurora, 111 - Lm. 41-802 BL. C
Bela Vista - Lm. 41-802 BL. C
Praça da Aurora, 111 - Lm. 41-802 BL. C
Rua da Aurora, 111 - Lm. 41-802 BL. C
Rua da Aurora, 111 - Lm. 41-802 BL. C
Rua da Aurora, 111 - Lm. 41-802 BL. C

11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-000
RECIFE-PE

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE Nº 013435307870
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 000-000

VEÍCULO: 000-000

SEGURO OBRIGATORIO

COLLIMENTO DE INHIB. OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2019

Rua de Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DE AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DE AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



A Seguradora Lider

Venho demonstrar minha enorme insatisfação, pois foi solicitado por parte da seguradora Lider uma documentação existente no processo, a documentação médico hospitalar que informa minha lesão, porém consegui um laudo atualizado para que fosse feita uma reanálise do meu processo. Desde já, agradeço a compreensão e espero que seja atendido conforme tenho direito, com a liberação da minha pericia.

Olinda- PE, 19 de julho de 2018.

MANUEL LIMA DA SILVA

Sinistro: 3180/268123

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180420786

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANUEL LIMA DA SILVA

Data do acidente: 20/03/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DISTAL DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL Lima DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 1.922.519 558-PE CPF: 234.259.034.20
End: RUA: ARQUITETO JOSÉ GERALDO CASTRO PAZ Nº 1194 P.3,
Rua Amarelo - Paulista/PE.

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Manuel Lima da Silva

PAULISTA 03 de ABRIL de 2018.

Manuel Lima da Silva (RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Rua Paulo de Siqueira Campos - N.º 100 - Paulista, PE

Notário Público, Titular do Ofício
R. 100, N.º 100, Paulista, PE
Assessoria Jurídica, S/A

Reconheço por autenticidade a firma MANUEL LIMA DA SILVA, RG - PE, Paulista/PE, 03/04/2018 09:25:03. End.: R. 3, 51; TNR: R. 0, 80; PEP: R. 0, 41; ISE: R. 0, 02. Op. 216, Av. CARLOS DA COSTA SILVA - Escrivania. Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/notodigital 0077552.0ET03201802.0126H

AA170488

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL Lima BA SILVA
RG/CNH/CTPS: 1.922.519 SSP-RS CPF: 234.259.034-20
End: RUA: ARQUITETO JOSE GEMELLO 645/20 RJ 201194-3

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

Nome do meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: Manuel Lima de Siqueira

PAULISTA 03 de ABRIL de 2018

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21.13.2018

Para de Acorde, 191-175, 31-312 00. C
 Rua Vitorino - 420-50-123-123

2507 01

Manoel Lima L. S. P.
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO

Assessoria por autenticidade a tipos H&M, LINA DE SAO JOAO DO
BASTIÃO, 03/04/2018 09:23:23, Sol: R\$ 3,31 1997 R\$ 1,80
R\$ 1,00 0,40 0,50 R\$ 0,40, R\$ 2,10, 2000 CROCHÊ DE LINA DE
SANTO. Consulte autenticidade em www.hism.com.br/autenticidade
0077900.0010321800.01289

AA 7/02/87

05.802.494/0001-43



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: MANUEL LIMA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 1.922.519.558-PE CPF: 234.259.034.20
End: RUA: ARQUITETO JOSE GERALDO OLIVEIRA 0451 PO 8A Nº 1194 P.3

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
RG/CNH/CTPS: 03765010380 DETRAN/PE CPF: 055.382.254-37
End: PRAÇA FERNANDES VIEIRA, Nº 21- B, JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PE.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 SET 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.065-010
RECIFE-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima: Manuel Lima da Silva

PAULISTA 03 de ABRIL de 2018
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.065-010
RECIFE-PE
Manuel Lima da Silva
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO
Rua, Praça da Boa Vista, Recife - PE

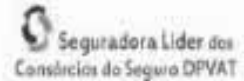
Reconheço por autenticidade a firma MANUEL LIMA DA SILVA, RG: 1.922.519.558-PE, CPF: 234.259.034.20, residente e domiciliado em Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C, Boa Vista - CEP 50.065-010, RECIFE-PE.

AA1702018

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.065-010
RECIFE-PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0331610/18
Vítima: MANUEL LIMA DA SILVA
CPF: 234.259.034-20
Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/03/2018
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MANUEL LIMA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MANUEL LIMA DA SILVA : 234.259.034-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

