



Número: **0014914-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIEL MENEZES DA MOTA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68963 264	02/10/2020 15:03	<u>2741852_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 29ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00149143720208172001

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

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Conforme já informado na peça de bloqueio, a parte autora já recebeu verba indenizatória DPVAT em sede administrativa em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 01/02/2018, ocasião em que adquiriu **LESÃO NO PE ESQUERDO**.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT em sede administrativa em decorrência de **LESAO NO PÉ ESQUERDO**, vindo a receber o valor de R\$ 2.362,50, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica à que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

EXA., A LESÃO ENCONTRADA NO LAUDO PERICIAL NO PÉ ESQUERDO DA PARTE AUTORA HÁ DE SER DESCONSIDERADA HAJA VISTA QUE A MESMA FORA ADQUIRIDA EM ACIDENTE ANTERIOR AO ALEGADO NA PRESENTE DEMANDA E QUE JÁ FORA DEVIDAMENTE INDENIZADA PELA PARTE RÉ.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030642300000067631148>
Número do documento: 20100215030642300000067631148

Num. 68963264 - Pág. 1

DO LAUDO PERICIAL

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

Requerida a indenização em sede administrativa, foi apurada lesão no pé esquerdo com repercussão leve (25%) e no punho direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$3.375,00:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190593346 Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA	Cidade: Recife Data do acidente: 08/07/2019	Natureza: Invalidez Permanente Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 31/10/2019 Valoração do IML: 0 Perícia médica: Não Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO. FRATURA DOS METATARSO DO PÉ ESQUERDO. Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (PLACA E PARAFUSOS). P.1/5 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ (FIOS DE KIRSCHNER). P.1/4 ALTA. Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO PÉ ESQUERDO. Sequelas: Com sequela Documento/Motivo: Nome do documento faltante: Apontamento do Laudo do IML: Conduta mantida: Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO E LEVE sequelas: DO PÉ ESQUERDO. Documentos complementares: Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
	Total	25 %		R\$ 3.375,00

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando lesão no membro superior direito com repercussão média (50%) e no pé esquerdo com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, **A LESÃO FOI OCASIONADA NO PUNHO DIREITO E NÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COMPLETO.**

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030642300000067631148>
Número do documento: 20100215030642300000067631148

Num. 68963264 - Pág. 2

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O PUNHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: PUNHO DIREITO.

Em caso de condenação, requer a aplicação da tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 3.375,00 (Três mil, trezentos e setenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de setembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE**

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030642300000067631148>
Número do documento: 20100215030642300000067631148

Num. 68963264 - Pág. 3



Número: **0014914-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIEL MENEZES DA MOTA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68963 267	02/10/2020 15:03	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180217894**
Vitima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Data do Acidente: **01/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180217894**.

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 12809453

Pag. 01103/01104 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Nº Sinistro: **3180217894**

Vitima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180217894**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Pág. 01841/01842 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12812359



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Sinistro: **3180217894**

Vítima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180217894** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta nº: 12992845

A/C: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nº Sinistro: 3180217894
Vitima: ELIEL MENEZES DA MOTA
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELIEL MENEZES DA MOTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000017745-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180217894**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JACOB PINTO DE FREITAS nº 264 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7668858 - SSP**

Data e local do acidente: **01/02/2018 IGARASSU/PE**

Data e local do exame: **12/06/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS POR 15 DIAS SEGUINDO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 40 SESSÕES DE FÍSIO TERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE ME TIPOGRAFIA DE Perna ESQUERDA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO NA SUA MARCHA

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

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

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico CRM 10570

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





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 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	076.199.024-06	ELIEL MENEZES DA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
ELIEL MENEZES DA MOTA	076.199.024-06	MOTORISTA	
Endereço	Número	Complemento	
RUA JACOB PINTO 105	264	A	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
PAUT DE REBOUÇAS	JAMASCU	PE	53625-222
Email	Telefone (DDD)		
RENUVA	(81) 98577-2697		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA N°:	D/V	CONTA N°:	D/V	BANCO	Nº:
2546		17745	4	Name	
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)		AGÊNCIA N°:	D/V
				CONTA N°:	D/V
				(Inserir dígito se existir)	(Inserir dígito se existir)

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

16ANASSU(Pe) 03 de 05 de 2018.
Local e Data

05.802.494/0001-41
INSCRIÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

94 MAIO 2018

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902 Bl. C
Belo Horizonte - MG - CEP: 30.060-010
Fone: (31) 3222-1000

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
90a Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
SEGURADORA
17 ANO 2018
RAYSA LIMA, 14-15, SL 500
BOAVENTURA-CEP: 50.060-010
RJ-00000000
RECIFE-PE



Boletim de Ocorrência

17/04/2018 09:04

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33ºCIRC DIM/0ºDESEC

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
303 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0123000696

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/04/2018 às
10:07

~~ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL~~ - Delegacia Civil de Pernambuco
aconteceu no dia 17/04/2018 no período da Manhã, na Rua Jacob Pinto de Freitas, Cruz de Reboças - Igarassu/PE.

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BARÃO DE VERA QUADRILHUNGÃO
CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR (AVENTE))
ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (NOTIFICANTE)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
303 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAIO 2018

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (usado na ocorrência), que estava em posse do(a):
UM ELEMENTO DESCONHECIDO
VEICULO (usado na ocorrência), que estava em posse do(a):
ELIEL MENEZES DA MOTA

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente no plantão) - Sexo: Masculino
LINDINHAURA DE MENEZES SANGHO DA MOTA Pm: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de
nascimento: 13/12/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 294 - CEP: 8 - Bairro: UMBuzeiro
TOARASUPERNAKAMBUCO/BRASIL, ACADEMIA BOA FORMA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
303 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAIO 2018

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
Desconhecido Pm: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo:
DESC Pm: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALTILO BEZERRA DOS
SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEL MENEZES DA MOTA
Corrida/Motocicleta/MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto

DOCUMENTO
ORIGINAL



17/04/2018 09:51

de 1

http://IC.JU.eets/EDS/inforpol/infocivil/infocivil.htm1

Relatório de Ocorrência

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

UM CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a). UM ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a). UM ELEMENTO DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO
Ano Fabricado: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

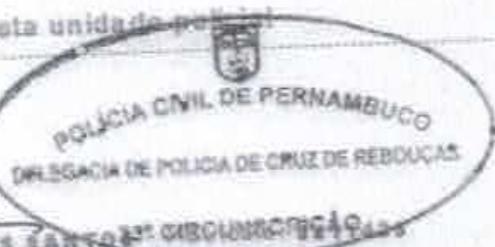
Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA SARAO DE VERA CRUZ, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHÃO CONDUZIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO ALBARROU EM SUA MOTOCICLETA, PROSTANDO O MESMO AO SOLO, COM A QUEDA A VITIMA TEVE UM FRAUTURA EXPOSTA NA TIBIA DA Perna SEQUERDA, EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARREDO.

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

ELIEL MENEZES DA MOTA
(VITIMA)

S.O. registrado por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06



DOCUMENTO
ORIGINAL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS ITDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS ITDA
RUA DAS LARANJEIRAS, 1750
RECIFE - PE
CEP: 50.060-010
RICARDO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS ITDA
RUA DAS LARANJEIRAS, 1750
RECIFE - PE
CEP: 50.060-010
RICARDO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

Num. 68963267 - Pág. 9



05.802.494/2001-4
TRACÃO CORRETA
DE SEGURANÇA LTDA

24 MAIO 2013

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

Rua da Aurora, nº 175, 5º-902 BLT
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RJ/PE/BR

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0123000885

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2018 às 14:21**

Complementa o BO Número: **18E0123000696**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **1/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 1** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ALILIO BEZERRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEL MENEZES DA MOTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): UM ELEMENTO DESCONHECIDO

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDINAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA** Pai: **ELIAS FERREIRA DA MOTA** Data de Nascimento: **12/12/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 0 - Bairro: - IGARASSU/PERNAMBUCO /BRASIL, ACADEMIA BOA FORMA**

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESC** Pai: **DESC**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALILIO BEZERRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESC** Pai: **DESC**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALILIO BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



17/05/2018 14:0

Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

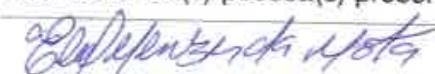
Placa: **KHL9326** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **974288500** Chassi: **9C2KC08108R231021**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

UM CAMINHAO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHAO CONDUZIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO ALBARROU EM SUA MOTOCICLETA, PROSTANDO O MESMO AO SOLO, COM A QUEDA A VITIMA TEVE UM FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DA Perna SEQUERDA. EM SEGUITA OMESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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



ELIEL MENEZES DA MOTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **BARTOLOMEU BELTRÃO DE FARIAS FILHO** Matrícula: **3847306**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORREYRA
SEGURANÇA LTDA

24 MAIO 2013

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C
Beira Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

17/05/2018 14:06

Num. 68963267 - Pág. 11



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.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 raiadas. 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: **EEL MENEZES DA MOTA** | CPF da Vítima: **076.193.034.06** | Data do Acidente: **01/03/2013**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** | CPF do Representante legal: **05.802.494/0001-41**

Email: **corretohadeseguros@outlook.com.br** | Telefone (DDD): **11 99100-2836**

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 atende 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 o Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do respectivo pedido.

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

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

17 de Abril de 2013
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2013
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
SANTA CATARINA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

L/2024

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: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000017745-4

Nr. da Autenticação 92ABF683489E3F52



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

Num. 68963267 - Pág. 13



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARACÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

ILHA DE ITAMARACÁ, 08 DE FEVEREIRO DE 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que a senhor ELIEL MENEZES DA MOTA, 28 anos, Identidade: 7.668.858SSP-PE foi atendida pelo SAMU Itamaracá no dia 01/02/2018 às 20:42 horas ocorrência: 5.434344, vítima de colisão caminhão com moto. Local do acidente: Avenida Barrão de Vera Cruz- Cruz de Rebouças - Igarassu

A ser examinada pelo socorrista, paciente encontra-se consciente, orientada, eupneico, com Fratura exposta na Tíbia e Fíbula do lado esquerdo.

Paciente encaminhada para o Hospital Miguel Arraes.

Marcia Gonzaga de Oliveira

Coordenação do SAMU de Itamaracá

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Av. Senador João Pessoa Guerra SN - Bairro Pilar - Palácio Pedra que Ganta

Ilha de Itamaracá - PE, 53.900-000

(81) 3544-3194 - CNPJ: 13.101.674/0001-24

e-mail - saudeilhadaitamaraca@gmail.com



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE FERNAMBUCO
AVJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006843-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
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 móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
EIJEL MENEZES DA MOTA		03/05/2018	25/04/2018	007014588480
CPF: 076.198.024-08 NIS: 21210738858				Nº DO CLIENTE 2012955886
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA			NÚMERO DA NOTA FISCAL 014526125	Nº DA INSTALAÇÃO 0005895790
RUA JACOB PINTO DE FREITAS 254 - Apto 101 CRUZ DE REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS 53625-222 IGARASSU PE				
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br				

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,32774278	8,83					
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,39041620	27,32					
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,58862430	70,27					
Consumo Ativo superior a 220 kWh	6,00	0,68668367	4,12					
ICMS Subvenção-CDE-NF 003141995-25/01/18		0,91	0,91					
ICMS Subvenção-CDE-NF 0070222825-23/02/18		1,09	1,09					
Multa por atraso-NF 0070222825 - 23/02/18		2,25	2,25					
Juros por atraso-NF 0070222825 - 23/02/18		0,90	0,90					
Atualização IGPM-NF 0070222825 - 23/02/18		0,06	0,06					
TOTAL DA FATURA			11 MAIO 2018					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTO								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
108,32	25,00	27,08	108,32	6,52	0,56	108,32	2,40	2,69

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s).

Vencida	Dt. Prazo	Valor
03/04/18	25/04/18	121,80

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inserção nos registros de restrição de crédito da SPC e EBCAS, com obrigatoriedade nacional. Este comunicado não substitui os avisos de débitos anteriores, bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,32774278	ABR 18	228
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,39041620	MAR 18	238
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,58862430	FEV 18	232
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,68668367	JAN 18	204
		DEZ 17	146
		NOV 17	166
		DUT 17	154
		SET 17	155
		AGO 17	138
		JUL 17	133
		JUN 17	152
		MAI 17	139
		ABR 17	144

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL					
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURNIÇÃO	ANTESIOR	ATUAL	N. DAS	CONSTANTE AJUSTE CONSUMO kWh
00000003133088168	CAT	26/03/2018 7.151,00	25/04/2018 7.377,06	56	1,000000 0,00 229,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/05/2018					
DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRÍPCAO					
CONSUMO					
VALOR APURADO					
META MENSAL					
META TÍPM.					
META ATUAL					
fev/2018					
0IC-Não de horas sem Energia					
0IC-Não de vezes sem Energia					
0INIC-Duração máxima de interrupção contínua					
0ICR-Duração de interrupção em dia crítico					
0000 Valor da Interrupção de Uso = R\$ 38,33					
Total Consumidor pode solicitar a apresentação das indicações INIC, PIC, DINIC e ICORI a qualquer tempo.					

INFORMAÇOES IMPORTANTES					
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br .					
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.					
Pago em atraso gera multa 2%Res/14(ANEEL), Juros 1%a.m(Ley 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.					
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Ley N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,30.					
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.					
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.					
NIVEIS DE TENSÃO					
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)				
	MINIMO	MÁXIMO			
220	202	231			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					

DETALQUE AGU		TALÃO DE PAGAMENTO	
CONTA CONTRATO	MÊSANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
007014588480	04/2018	113,53	03/05/2018

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altílio Bezerra dos Santos, RG nº 5499873, data de expedição 31/10/2009, Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 048.936.574-45, com domicílio na cidade de Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco, onde resido na Rua Elígio de Medeiros Araújo nº 305, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ELIEL MENEZES DA MOTA
ELIEL MENEZES DA MOTA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: KHL-9326
Chassi: 9C2KC08108R231021
Data do Acidente: 01/10/2012

Jaboatão dos Guararapes, 11 de Março de 2018

Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DOCUMENTO
ORIGINAL

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vitima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018 apresentando diagnóstico de fratura de tibia esquerda. Solicito fisioterapia para analgesia, diminuição de edema e ganho de movimento e ganho de força. Melhora no padrão de marcha.

Solicito:

- (25) Sessões de Fisioterapia
 - (10) Sessões de Acupuntura

Recife, 24 de abril de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vitima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018, apresentando diagnóstico fratura de tibia esquerda, com os seguintes sintomas: Dor, edema, redução da ADM e força muscular.

Restrito a: Atividades de vida diária

Com ênfase principal em: Perna esquerda

Espera do tratamento: Redução do quadro álgico, melhorar a ADM e fortalecimento muscular.

Conduta Adotada: Cinesioterapia + Eletroterapia

(25) Sessões de Fisioterapia

Recife, 25 de Abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 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 MAIO 2018
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018


Juliano de A. Borges
Fisioterapeuta
CREFI 166181-F



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ACUPUNTURISTA

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vítima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018, apresentando diagnóstico fratura de tíbia esquerda, com os seguintes sintomas: Dor, edema, redução da ADM e força muscular.

Serão aplicadas sessões de acupuntura para melhora do quadro álgico.

Procedimento: Acupuntura Sistêmica

Espera do tratamento: Debolar a dor e redução do edema

(10) Sessões de Acupuntura

Recife, 25 de Abril de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAID 2019

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

~~Julieta de A. Burgess
Financiera de
CREDITO 116321 E~~



Atendimento: 414659

Senha da Classificação

0040

Data e Hora: 01/02/2018 21:15

Paciente: 111906 ELIEL MENEZES DA MOTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/12/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SU - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LINDINAGRA DE MEHEZES SANCHON DA Nome do Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA JACOBÉ

264

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: NACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal:

Painel Viz - n. dor no dorso
n. dor general - dor no dorso - dor no dorso
na perna (5)

Exame Físico:

fris dor 13. dor forte ci 31 sens de crise
Dorsal et dor na perna na perna na perna (5)

Hipótese Diagnóstica:

Fractura deslocada de friso (5)

Prescrição Médica:

*(1) Rx de cunha
 infarto + Blasto.*

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 Assinatura: *RE/PE*

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018
 Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010
 Assinatura: *RE/PE*

Destino: Encaminhado ao Ambulatório

Residência

Transferido Para

Encaminhado ao setor de internação



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/02/2018 21:10

	Nome Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA Cód. Paciente: 111906 Data de Nascimento: 12/12/1969 Sexo: Masculino Idade: 28 Senha: 0040 Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA Atendimento: A14659 SAME: 99168
--	--

Período: 01/02/2018 21:30 - 01/02/2018 21:32

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NAO URGENTE - VERDE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE ITAMARACA COM RELATO DE COLISAO MOTO CAMINHAO, COM POSSIVEL FRACTURA EXPOSTA DE TIBIA NEGA HAS DM E ALERGIAS
Fluxograma/sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10) - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 01/02/2018 21:32

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

Num. 68963267 - Pág. 21



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 414667

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaguaribe - Pernambuco - PE
CEP.: 53.400-000

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	ELIEL MENEZES DA MOTA			Prontuário:	111906				
Idade:	25	Im:	21d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	12/12/1969
Profissão:				Escolaridade:					
R.G.:	C.P.F.: 07619902406			Telefone:	CEP 53610417				
Endereço:	RUA JACOBÉ			264	CENTRO	IGARASSU			PE
Origem:	INTERNACAO			Dados da Internação					
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Data e Hora da Internação: 1/2/2018 22:30					
Unidade Internação:	VERDE 7 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO		Leito:	VERD2-45	
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Belo Horizonte					

DADOS DO RESPONSÁVEL

Name:	<i>Patrícia</i>	R.G.:	C.P.F.:		
Endereço:	<i>Caixa 2708</i>	Numero:			
Cidades:				Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	12 / 2 / 18	Hora da Alta:	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão		
Condições de Alta:	<i>Melhorado</i>		
Diagnóstico Principal.....:	<i>Problema no pé direito com dor para o</i>		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	<i>Osteomielite na 2 mola (Rx: calcan + HDA)</i>		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG	Médico e CRM:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como procedimentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, tratamento farmacológico, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico e/ou bem estar do paciente.

TRAGA O CORRETÓRIO DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

En 01 de 02 2018
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

Página 0061
Data 02/02/2018
Hora 01:54

Ficha de Circuito Descriptiva

Avian de Cirurgia: 47726 Sala: 0003 SALA 03
Paciente: 111908 Atendimento: 414667
Convênio Atend.: SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 744 VERD2-46 Idade: 28 Anos-21 Dias 2 Horas
Dt. Início: 02/02/2018 01:59 Dt. Fim: 02/02/2018 02:55
Cid Pré-Operatório: S822 CEFATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimientos

Procedimento: 0406050600 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convenio: 001 SUS - INTERNACAO
Assistente: 05 RAQUI ANESTESIA

François Mégard

15339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

卷之二

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: ERATURAS OS-OSSES DA PERNAS ESO.
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + FIXADOR LINEAR
OPERADOR: DR. SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: SALOMÉ
ANESTESISTA: ORA
ANESTESIA: RACUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM Perna ESQUERDA
5. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
6. LIMPEZA EXALISTIVA COM SF 0.9%
7. POSICIONADO FIXADOR LINEAR EM TÍBIA ESQUERDA
OBSERVADO REDUÇÃO SATISFACTORIA PGR FLUOROSCOPIA
8. SUTURA COM NYLON 2.0
CIRATIVO

Ambador Cinimicpa

Descrição Complementar

DR(A) SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM 16339

<p>05.802.494/0001-41</p> <p>TRACÃO CORRETORA</p> <p>DE SEGUROS LTDA</p> <p>11 MAIO 2018</p> <p>Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C</p> <p>322 Vista - CEP 50.060-010</p> <p>RECIFE - PE</p> <p>HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR</p>	<p>CRM / 16339</p> <p>D5.802.494/0001-41</p> <p>TRACÃO CORRETORA</p> <p>DE SEGUROS LTDA</p> <p>11 MAIO 2018</p> <p>Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C</p> <p>322 Vista - CEP 50.060-010</p> <p>RECIFE - PE</p>
--	--



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 47903
Paciente: 111908
Convênio Atend.: 1
Leito: 72
Dt. Início: 11/02/2018 11:02
Dt. Fim: 11/02/2018 11:57
Cid Pré-Operatório: S822
Cid Pós-Operatório: S822
Sala: 0002 SALA 02
ELIEL MENEZES DA MOTA
SUS - INTERNACAO
ORTL-511-LEITO 004
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Atendimento: 414667
Carteira:
Idade: 28 Anos 30 Dias 12 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408058500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA Perna ESO.
CIRURGIA: REFI COM HASTE INTRAMEDULAR EM TIBIA ESQUERDA
CIRURGIÃO: DR. LUIZ CARVALHO
1º AUXÍLIO: DR. DANIEL CABRAL
ANESTESISTA: DR. ARTUR
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA MARQUES DE SA
BLOCO 100
11 MAIO 2018
RECIF-PE
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA MARQUES DE SA
BLOCO 100
11 MAIO 2018
RECIF-PE

1. PACIENTE EM DHH SOB ANESTESIA;
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR;
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
7. PASSADO FIO GUIA APOS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FREAS Nº 8, 9 E 10;
8. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 09X340;
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM G2 PARAFUSOS Nº30 E Nº35 E PROXIMAL COM G1 PARAFUSOS Nº30 E Nº35;
10. LIMPEZA COM SF 0.9%;
11. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRYL 1-0 E NYLON 3-0;
12. CURATIVO;
13. CONTROLE COM RX;

Daniel Cabral
Dr. (Médico Especialista)
CRM PE 24.631

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018
DR(A) LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM: 13925

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 GL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIF-PF

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR

Atendimento: 414887

Dt Atendimento: 01/02/2018 - 22:30

Dt Alta: 12/02/2018 - 13:22

Paciente: 111906 ELIEL MENEZES DA MOTA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 72 ORTL-511-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMASMS

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

LUIS KLEBER NASCIMENTO DA SILVA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITUA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0002-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS ITUA

17 MAR. 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ELIEL MENEZES DA MOTA REG: 111906

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
1/2/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
	PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO DE MOTO HÁ 03H APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM Perna ESQUERDA
	EF: A: VA PERVIAR B: ESPONTÂNEA C: SEM SINAIS DE CHOQUE D: ECG = 15 E: FERIMENTO EM 1/3 MÉDIO DA Perna ESQUERDA + DEFORMIDADE CLÍNICA
	HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO + BLOCO
02/02/2018	# SoT# Fx ossos da Pern Fractura exposta i (0) Ponto exposto Críptica CT: curva Suaerte
11 MAIO 2018	Colifiz Agama violo J. Aron

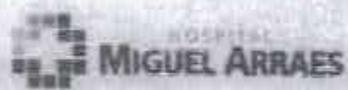


Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

Num. 68963267 - Pág. 27



PERNAMBUCO
ESTADO DO BRASIL



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueiredo

Evolução Clínica

NOME: Gl. 61

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.:

11 MAIO 2018

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

Rua da Aurora, N° 175, SI 902 BL C
303 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE PE

DATA/HORA: 06/05/18 #SOT# AD: Tx Dente 5.8 Gl. 61 Urgente

Autor: Dr. Pedro Cunha
FEI do Con. Hora

Dr. Pedro Cunha
CRMPE 22.0272
CNPJ: 23.481.616/0001-02

06/05/18 #SOT#
Paciente: Gl. 61 (Gl. 61)
Sexo: Feminino +/46 Anos
Por: Dr. Pedro Cunha
Gl. 61 Urgente Dente pulpa

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.:

06/05/18 #SOT#
Paciente: Gl. 61 CRM: 05.802.494/0001-41
Sexo: Feminino +/46 Anos
Por: Dr. Pedro Cunha
Gl. 61 Urgente Dente pulpa

Dr. Pedro Cunha
CRMPE 22.0272
CNPJ: 23.481.616/0001-02

09/05/18 #SOT#
Paciente: Gl. 61 (Gl. 61)
Sexo: Feminino +/46 Anos
Por: Dr. Pedro Cunha
Gl. 61 Urgente Dente pulpa
ad: (b) Ag. Pedro Cunha

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.:





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Larissa Nunes

Pedimos por o Sr. Cel.
Nunes da costa por
Submetido à Cuiço para
tratamento de festas e ferias
do mês de julho em
11/07/19. Presente nenhuma em
Bom Conselho Município, Sua
Demanda é de momento, seu
acompanhante é o mês de Julho

CID : 5822

10/05/18

CPM-PE 24.000
Graças / Tauradologos
Claudio Cordeiro Neto

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



Élio Henrique da Motta
Assinado pelo Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.668.858

EXPO
DE
EXPEDIÇÃO

12/09/2005

NOME << ELIEL MENEZES DA MOTA >>

FILIAÇÃO << ELIAS FERREIRA DA MOTA >>

<< LINDINURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA >>

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DCC ORIGEM

<< CN 29 144-L 127-F 15-CART. IDIST PAULISTA-PE.
26 12 1989 >>

CPF

DATA DE NASCIMENTO

12/12/1989

OS-802-494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Y. E. MANN 2019
Rua da Aurora, nº 175, S1 50281-000
Boca Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N°7.116 DE 29/08/89



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

076.199.024-06

Nome

ELIEL MENEZES DA MOTA

scimento

2/12/1989



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030652000000067631151>
Número do documento: 20100215030652000000067631151

Num. 68963267 - Pág. 32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA

CÓD. RENAVAM

9748856

Nº 013226407073

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO
2017

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/06/2018

05/06/2018
RUA DA ALURA, Nº 125, SL. 907BL, CEP: 50.160-010
RECIFE - PE

PLACA
KHL9326

PLACA ANT / UF

PE

CHASSI

927203105R2231021

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / ADO 150 TITAN / 150

ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL
2P / 199CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

IPVA

COTA ÚNICA
IPVA 2017 QUETADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÉMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGUR. PAGO

1º *

2º *

3º *

SEGURO OBRIGATÓRIO

BEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JAS GUERRA PEPE

DATA

22/01/18

Documentos

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010021503065200000067631151>
Número do documento: 2010021503065200000067631151

Num. 68963267 - Pág. 34

AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS PELA
SUA CARGA, A PESSOAS
O - SEGURO DPVAT

PE Nº 013226407073

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALTILO BEZERRA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2019
05.000.000-0000-0000
RUA DA AURORA, N° 175, 4º ANDAR
BARRA VISTA - CEP 54060-010
RECIFE - PE

LAB GUARARAPES - PE

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 22/01/18

VIA- CPF / CNPJ
046.936.574-00

PLACA
KHL9326

RENAVAM
3742785500

MARCA / MODELO
HONDA / CB 150 TRITAN E3

ANO FAB.
2008

CAT. TARE
19

Nº CHASSI
9C2KC36108R231021

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURADO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.666/0001-04

DESENHADO E GUARDED BILHETE DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217894 Cidade: Igarassu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA Data do acidente: 01/02/2018 Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217894 **Cidade:** Igarassu
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA **Data do acidente:** 01/02/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

médico pericial: SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE ME TIPOGRAFAI DE Perna ESQUERDA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO NA SUA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS POR 15 DIAS SEGUIDO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Número: **0014914-37.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIEL MENEZES DA MOTA (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68963 268	02/10/2020 15:03	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)



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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190593346 Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do Acidente: 08/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIEL MENEZES DA MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14995532



Brag 00117/00118 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Núm. 68963268 - Pág. 1



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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190593346 Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do Acidente: 08/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIEL MENEZES DA MOTA

Informações que os pagamentos da

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 3.375,00

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000017745-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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.

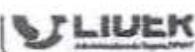
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Núm. 68963268 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOLA		
076.199.024-06				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
ELIEL MENEZES DA MOLA	076.199.024-06		RECUSA	
8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:	
RUA SOCIAS PINHO DE FREITAS	267-A		CASA	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:
CAUZ DE REBOUSAS	IGARASSU	PE	53625-222	RECUSA
16 - TEL (DDD): 81985499354				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:		<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (fique os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (239) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA:	2546	CONTA:	000.17745	(Inserir o dígito se existir)
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)

Autentico a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
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 por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo acima citado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da constância e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.				

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (mo CIV)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente
24 - Data da óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou netos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.				

34 Informação relativa ao acidente do beneficiário que autoriza sua assinatura	35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido: <hr/> <hr/>	36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido: <hr/> <hr/>	38 - 1º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido: <hr/> <hr/>		39 - 2º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:	SGARASSY 09 DE OUTUBRO DE 2019	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	42 - Assinatura do representante legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver):			

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0118009266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/09/2019 às 14:04

Complemento o BO Número: 19E0118006954

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/7/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 1, BR - 101 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
- Ponto de Referência: CT DO NAUTICO POSTO TEXACO
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE ALVES DE LIMA (AUTOR / AGENTE)
SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR (OUTRO)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEL MENEZES DA MOTA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE LIMA

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: LIDINAURA DE MENES SANCHON LIMA Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de Nascimento: 12/12/1989 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: 4a TRAVESSA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DOS ESTUDANTES

JOSE ALVES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: AVAHY VERISSIMO DE LIMA SILVA Pai: SERGIO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 21/7/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: TRAVESSA TIJUCA, 281 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL.

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Br(a): SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR, que estava em posse do(a) Br(a): ELIEL MENEZES DA MOTA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KLG1209 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 174666195 Chassi: BC2KC1S106R039881

Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009

Descrição: DE PROPRIEDADE DE SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR E EM POSSE DE ELIEL MENEZES DA MOTA DE VERMELHA MODELO HONDA/CB 150 TITAN KS

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE ALVES DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(s): JOSE ALVES DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEE0617 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 250607441 Chassi: KNNDC51EABU278952

Descrição: EM POSSE DE JOSE ALVES DE LIMA, CONTIDO DE PROPRIEDADE DE ADRIANO FERNANDO LUCZ MARINHO

Complemento / Observação

COMPARECEU AESTA DELEGACIA A SRA, MICHELLE JANAINA LIMA DA SILVA, INFORMANDO QUED SEU MARIDO DE NOME ELIEL MENEZES CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPIEDA , PELA BR- IDI QUANDO EM FRENTE DO CT DO NAUTICO UM VEICULO DESGOVERNADO CONDUZIDO PELO SR, JOSE ALVES DE LIMA ENTROU EM UMA CURVA ATINGINDO O CONDUTOR DA MOTO COM A COLISAO O MOTOQUEIRO CAIU NO SOLO CAUSANDOLHES VARIAS FRATURAS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO; LOGO EM SEGUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL PORTUGUES ONDE FOI CIRURGIADO, O ACUSADO SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E DEU TODO O APOIO NECESSARIO NO SOCORRO DA VITIMA E CONTINUOU DANDO TODO APOIO NECESSARIO PARA QUE A VITIMA SE RECUPERASE.



28/09/2019

Edilson de Melo

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

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

B.O. registrado por: **LUCIANO SANTANA DE MELO** - Matrícula: **319626-7**

Luciano Santana de Melo
PM Comissário da Polícia
Mat. 319.626-7



servicos.sds.pe.gov.br/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=118&idOc=8042984&nroBO=19E0118009255&tipo=simples&natPrincipal=ACID... 2/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 5



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRUZ DE REBOICAS
33ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ºCIRC DIM 8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0118006954

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/07/2019 às 10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 8/7/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE GUABIRABA (BAIRRO), 01, BR - 101 - Bairro: GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CT DO NAUTICO POSTO TEXACO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvid(a)s na ocorrência:

JOSE ALVES DE LIMA (AUTOR/AGENTE)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Fr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LIDINAURA DE MENESES** SANCHEZ LIMA Pai: **ELIAS FERREIRA DA MOTA** Data de Nascimento: **12/12/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **411 TRAVESSA JACOB PINTO DE FREITAS, 261 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DOS ESTUDANTES**

JOSE ALVES DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESC** Pai: **FESC** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALVES DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



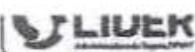
Complemento / Observação

COMPARECEU AESTA DELEGACIA A SRA, MICHELLE JANAINA LIMA DA SILVA, INFORMANDO QUEO SEU MARIDO DE NOME ELIEL MENESES CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPIEDA , PELA BR- 101 QUANDO EM FRETE DO CT DO NAUTICO UM VEICULO DESGONVERNADO CONDUZIDO PELO SR, JOSE ALVES DE LIMA ENTROU EM UMA CURVA ATINGINDO O CONDUTOR DA MOTO COM A COLISAO O MOTOQUEIRO CAIU NO SOLO CAUSANDOLHES VARIAS FRATURAS E ESCORIAOES PELO CORPO; LOGO EM SEGUITA A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL PORTUGUES ONDE FOI SIRURGIADO, O ACUSADO SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E DEU TODO O APOIO NECESSARIO NO SOCORRO DA VITIMA E CONTINUOU DANDO TODO APOIO NECESSARIO PARA QUE A VITIMA SE RECUMPERA-SE.

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

B.O. registrado por **ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2733013**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOLA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 465/2012				
5 - Nome completo:	ELIEL MENEZES DA MOLA		6 - CPF:	076.199.024-06
7 - Profissão:	RECUSA	8 - Endereço:	RUA SOCIAS PINHO DE FREITAS	9 - Número: 26Y-A
11 - Bairro:	CAUZ DE REBOUSAS	12 - Cidade:	IGARASSU	13 - Estado: PE
15 - E-mail:	16 - TEL (DDD): 81985499354			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (239) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 2546 CONTA: 000.17745 (4) <small>(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)</small>				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (fobs ou bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: CONTAB: (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)				
AutORIZO a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da constância e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (mo CIV)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou netos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vivinhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

34 <small>Indique se a vítima era parente de algum beneficiário que se apresentou</small>	35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido <hr/> 36 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido <hr/> 37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido
	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura da testemunha</small>
	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura da testemunha</small>

40 - Local e Data: IGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2019 X	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Eugenio Lider 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Mauricio Lider
---	---

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000817 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA , 38 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5962094 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 042.760.234-32, residente à RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO , nº 338, , CENTRO, IGARASSU -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/07/2019, por volta das 17:01 hs, no endereço: BR 101, S/N, GUABIRABA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA CG, VERMELHA, KLG1209-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ELIEL MENEZES DA MOTA , inscrito sob o CPF nº 076.199.024-06 e Registro Geral # 7668858, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710198-8 F. SANTOS. Foi transportado(a) para o REAL HOSPITAL PORTUGUÊS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO, registro 10606. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/09/2019

A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000817.

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 9

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: 07/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 000000017745-4

Nr. da Autenticação 22ED34E205BFD607



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 10



BANCO ITAUCARD SA | 341-7 | 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000
 Nome do Pagador/CPF/CNPJ
 SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30
 Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP
 BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70
 ALAMEDA PEDRO CALIL, 43 CENTRO POA SP

Recibo do Pagador

Nome Número Vencimento
 175300319467 11/07/2019
 Nr. Documento Valor do Documento
 S358580064025304 2.328,96

BANCO ITAUCARD SA 341-7 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000				
Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA ATÉ O VENCIMENTO				Data de Vencimento 11/07/2019
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70 ALAMEDA PEDRO CALIL, 43 CENTRO POA SP				Agência/Cod. Beneficiário 2525/04516-3
Data do Documento 11/07/2019	Número do Documento S358580064025304	Espécie Doc FT	Acôrdo N	Data Processamento 11/07/2019
Use do Banco	Carteira 175	Expedid. RS	Quantidade	Valor (+)Valor do Documento 2.328,96 (-)Desconto/Abatimento (+)Juros/Multa (-)Valor Cobrado
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP SONIA MARIA LIN / 592.589.004-30 R ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338 CENTRO IGARASSU PE 53810-433				
Sacador Analista				
Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação				



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
 Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIMADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E INSSÉGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PESAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH CÔNS DE SOUZA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.760.934 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Eliel Menezes da Mota inscrito (a) no CPF sob o N° 076.199.024 / 06,
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima À MESMA,
inscrito (a) no CPF sob o N° _____ / _____, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Alfredo Prispo de Carvalho Neto</u>	Número:	<u>338</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>SGARASSU</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>RECUSA</u>			CEP:	<u>53610 933</u>
				Tel.(DDD):	<u>(81) 985492359</u>

Local e Data: SGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2019

Hanse Lindbergh Cons de Souza
Assinatura do Declarante



Página: 1

	Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA			
	Nascimento: 12/12/1989	Idade: 29	Registro: 1996997	Conta:
HOSPITAL PORTUGUÊS	Unidade: JOAO DE DEUS 13º ENFERMARIA	Leito: 1311 L32	Atendimento: 00643019	
	Convênio: BRADESCO SAÚDE	Data do atendimento: 08/07/2019	Data da Realização: 09/07/2019 23:03	
	Prestador: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS - CRM:19054		Criado em: JOAO DE DEUS 13º	



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Data da cirurgia: 09/07/2019	19:20	Cirurgião: DR RÔMERO ANTUNES BARRETO
1º Auxiliar: DR PAULO ROBERTO LINS		2º Auxiliar: DR RAPHAEL BURLAMAQUI
3º Auxiliar:		Instrumentador: ANTONIO RAMOS
Anestesista: DRA TAMARA		Anestesia: RAQUI + BLOQUEIO MSE + SEDAÇÃO
Neonatologista:		

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO DO ANTE-PE ESQ + FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIR.

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PE + TENÓLISE+ FRATURA DO ANTEBRAÇO + MICRONEUROLISE DO MEDIANO + LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

Diagnóstico pos-operatório: O MESMO

Exame radiológico no ato: FLUOROSCOPIA

Acidentes durante a cirurgia: NAO HOUVE

Materiais Especiais utilizados: 06 FIOS DE KIRSCHNER + 01 PLACA VOLAR DO RÁDIO + 01 PARAFUSO CORTICAL + 09 PARAFUSOS BLOQUEADOS

Implantação de ortese ou prótese: Sim Não Número do código do produto ou adesivo com o registro:

Descrever:

Hemotransfusão: Sim Não Tipo:

Enviada peça cirúrgica para patologia: Sim Não

ASA: 1 Grau de contaminação: Limpa

Descrição da Cirurgia

Via de Acesso - Inventário Cirúrgico - Tática e Técnica - Material Empregado

- 01- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
- 02- ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
- 03- DUAS VIAS DE ACESSO DORSAIS NO PÉ ESQ + TENÓLISE DOS TENDÕES EXTENSORES + REDUÇÃO DAS FRATURAS E LUXAÇÕES, SENDO A MAIS GRAVA A DO QUINTO DEDO; HAVIA LUXAÇÃO DO FRAGMENTO ARTICULAR;
- 04- FIXAÇÃO DE TODOS OS RAIOS COM FIOS DE KIRSCHNER;
- 05- LAVAGEM, REVISÃO HEMOSTÁTICA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL;
- 06- VIA DE ACESSO VOLAR AO RÁDIO DIREITO;
- 07- MICRONEUROLISE DO NERVO MEDIANO DIR;
- 08- REDUÇÃO DAS FRATURAS ARTICULARES E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS;
- 09- REPARO DO LIGAMENTO RÁDIOCARPAL;
- 10- LAVAGEM + REVISÃO HEMOSTÁTICA + SUTURA POR PLANOS;
- 11- CURATIVO ESTÉRIL;
- 12- BOA PERFUSÃO DISTAL: FIM.



Dr. Romero A. B. Lins
Ortopedista
CRM-PE 19054

NEP

Palmeiru - Av. Agamenon Magalhães, 4760, Recife/PE - (81) 3416.1122 | Boa Viagem - Av. Conselheiro Aguiar, 2502 - Recife/PE - (81) 3416.1800



1 - REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFIC
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: SYLVIO GALDINO
Em: 11/07/2019 09:02

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 11/07/2019 09:02:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELIEL MENEZES DA MOTA RG: 7668858 PESO: null KG
IDADE: 29 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA: null CM

Data de Nascimento: 12/12/1989

PRESTADOR ASSISTENTE: ROMERO ANTUNES BARRETO LINS

DATA DE ATENDIMENTO: 08/07/2019 23:31:08 ATENDIMENTO: 643019 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 3 Dia(s)

CONVÉNIO: BRADESCO SAÚDE PLANO: EMPRESARIAL ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z540 - CONVALESCENCA APOS CIRURGIA

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

09/07/2019	UREIA SERICA
09/07/2019	CREATININA
09/07/2019	CLORO SERICO
09/07/2019	POTASSIO SERICO
09/07/2019	SODIO SERICO
09-07-2019	TC ABDOME TOTAL
09-07-2019	TC PUNHO DIREITO
09-07-2019	TC PE ESQUERDO
09-07-2019	TC PE ESQUERDO
09-07-2019	TC PUNHO DIREITO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ALTA SOB ORIENTAÇÃO DE DR. ROMERO LINS

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 25.811

SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR
CRM-25811

| REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA - PE | DESDE 1855 |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 15



Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nascimento: 12/12/1989

Idade: 29

Registro: 1996997

Conta:

Unidade: JOAO DE DEUS 13º ENFERMARIA

Leito: 1311 L32

Atendimento: 00643019

Convênio: BRADESCO SAÚDE

Data do atendimento: 08/07/2019

Data da Realização: 11/07/2019 09:02

Prestador: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Criado em: JOAO DE DEUS 13º

**SUMÁRIO DE ALTA**

Motivo Admissão*:

FRATURA DOS METATARSSOS DO PÉ ESQUERDO
FRATURA DE PUNHO DIREITO
FRATURA DE CLAVÍCULA

Evolução Médica*:

PACIENTE COM BOM EVOLUÇÃO CLINICA

Orientação:

Tipo de Alta*: Médica

Condição*: Melhorado

Comorbidades* Sim Não

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Acidente Vascular Encefálico | <input type="checkbox"/> Arteriopatias periféricas |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> Asma brônquica | <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica | <input type="checkbox"/> Dislipidemia |
| <input type="checkbox"/> Coronariopatia | <input type="checkbox"/> Obesidade | <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | |

Outros:

Instruções de Acompanhamento pós-alta* Sim Não Restrição para Atividade física. Fisioterapia Motora Fisioterapia Respiratória Fonoterapia: N.º diasExames realizados* Sim NãoMedicação Significativa? Sim NãoProcedimentos realizados.* Sim NãoTRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DO PE + TENÓLISE+ FRATURA DO ANTEBRAÇO +
MICRONEUROLISE DO MEDIANO + LESÃO LIGAMENTAR DO CARPO + RADIOSCOPIA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

Diagnósticos:

Diagnósticos Secundário:

Há necessidade de suporte de transporte para alta? Sim Não

PRESTADOR: SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR - CRM:26811

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26811

NEP

Patrassini - Av. Agamenon Magalhães, 4760, Recife/PE - (81) 3416.1122 | Boa Viagem - Av. Conselheiro Aguiar, 2502 - Recife/PE - (81) 3416.1800



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>

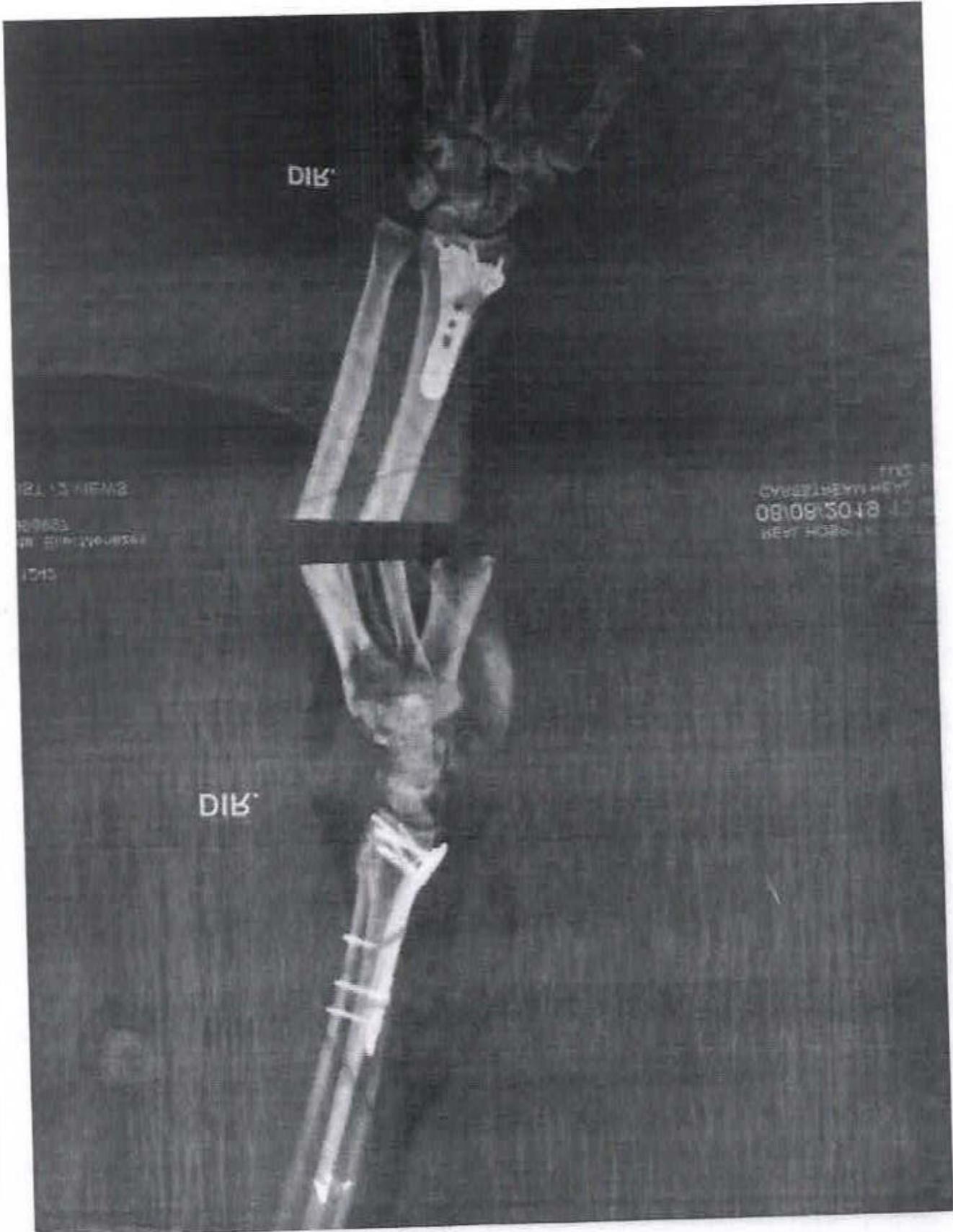
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 17



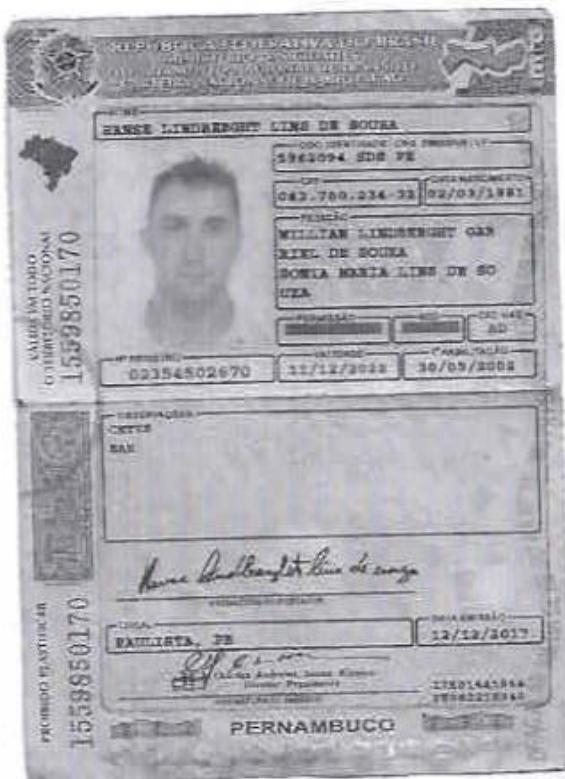
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pjte.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 20

BILHETE DE SEGURO DPVAT
210P 014800984515

SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA - PE

VIA	1	CPF / CNPJ	087.822.184-04	EXERCÍCIO	2019	DATA EMISSÃO	02/05/19
RENAVAM	1798666195	MARCA / MODELO	HONDA / CBR 150 TITAN VS	PLACA	KLG1209		
ANO FAB.	2009	CAT. TARIF.	09	Nº CHASSI	9C2KC15109R039881		
PRÊMIO TARIFÁRIO							
FNS (R\$)	36,05	DENATRAN (R\$)	4,01	CUSTO DO SEGURO (R\$)	40,06		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	IOF (R\$)	0,32	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	44,58		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO				PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	18/03/19	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04							
 DESTE QUE SE GUARDE O BILHETE DPVAT SLE NÃO È DE BOMÉ OBIGATÓRIO.							

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593346 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA Data do acidente: 08/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DOS METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (PLACA E PARAFUSOS). P.1/5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ (FIOS DE KIRSCHNER). P.1/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO E LEVE
sequela: DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190593346 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA Data do acidente: 08/07/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
FRATURA DOS METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO (PLACA E PARAFUSOS). P.1/5
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PÉ (FIOS DE KIRSCHNER). P.1/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO E LEVE
sequela: DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: ELIEL MENEZES DA MOTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO
IDENTIDADE: 7668858 CPF: 076.199.024-06
ENDEREÇO: RUA JACOB PINÓ DE FREITAS 264-A CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSU - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGAT CINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962094 CPF: 042.760.234-32
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NEFO M: 338
CENTRO - IGARASSU - PE

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante Procurador e outorgado acima qualificado, aquém confio poderes para representar-me Perante as SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório-DPVAT.

IGARASSU 01 de OUTUBRO 2019

Cartório de Igarassu/PE - Ofício Único

Bel. Helio Guedo Castro Nogueira

Reconheço por autenticidade o ato de ELIEL MENEZES DA MOTA, do不失人間味的, feito em 01/10/2019 15:03:06, intitulado: "Procuração de MARCELO JOSE SOUZA CINS DE SOUZA AUT. Email: RICARDO.THR.RECORDEIRO@046180.RJ.BR FIRM: R\$ 0,04 FUNSEGU PRO D'ORCAIR Salto 0130593 EWW0920150490845. Verifique autenticidade em <http://tje.jpe.jus.br/seadigital>



Eliel Menezes da Mota
=Assinatura do Outorgante=

Por autenticidade



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/10/2020 15:03:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100215030672200000067631152>
Número do documento: 20100215030672200000067631152

Num. 68963268 - Pág. 24

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365205/19

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

CPF: 076.199.024-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Titular do CPF: ELIEL MENEZES DA MOTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA : 042.760.234-32

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

ELIEL MENEZES DA MOTA : 076.199.024-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso

