



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)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66278487	13/08/2020 15:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

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

Nº Sinistro: **3180217894**

Vítima: **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**

Vítima: **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

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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

Pag. 01841/01842 - carta_03 - INVALIDEZ

00060921



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

Pag. 00027/00028 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12909839



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

Pag. 00665/00666 - carta_15R - INVALIDEZ

00020333



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 SEGUIDO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (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

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Sem seqüela permanente

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.**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR 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: **076.199.024-06** Nome completo da vítima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ELIEL MENEZES DA MOTA	CPF titular da conta	076.199.024-06	Profissão	AGORA
Endereço	AV. JACOB PINTO DE FREITAS	Número	264	Complemento	A
Bairro	PRAT DE REBOUVAS	Cidade	JABOATÃO	Estado	PE
Email	AGORA	CEP	53625-222	Telefone (DDD)	(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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NÚMERO D.V. **CONTA** NÚMERO D.V.
2546 **17745** **4**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NÚMERO D.V. **CONTA** NÚMERO D.V.

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

JABOATÃO (PE) 03 de **05** de **2018**
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-41
FACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
94 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
Recife, PE

FAPPF.001.V001/2017





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





17/04/2018 09:04

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
 REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0123000696

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
 aconteceu no dia 17/2/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BARÃO DE VERA - CRUZ DE REBOUÇAS
 CRUZ DE REBOUÇAS - IOARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
 LINDINOURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de
 Nascimento: 12/12/1989 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 294 - CEP: 8 - Bairro: URSULINA/0001-41
 IOARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, ACADEMIA BOA FORMA

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
 Desconhecido Mês: DESC Pai: DESC Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALTILIO BEZERRA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: Mês:
 DESC Pai: DESC Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

DOCUMENTO ORIGINAL

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



Relatório de Ocorrência

file:///C:/Users/ED31/infopolhem/BO32/revista.html

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

UM CAMINHÃO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): UM ELEMENTO
DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): UM ELEMENTO DESCONHECIDO
Categoria/Mercado/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto
Apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA SAO 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 FRATURA EXPOSTA NA TIGIA DA PERNA
ESQUERDA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL
MIGUEL ARRAS.

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

Elivel HENEZES DA NOVA
ELIEL HENEZES DA NOVA
(VITIMA)



S.O. registrado por: WILSON LUIZ DOS SANTOS

DOCUMENTO ORIGINAL

05.802.494/0001-41
TRACAO 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETOA
DE SEGUROS LTDA

24 MAIO 2013

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALTILIO 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**

ALTILIO 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): **ALTILIO 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**



Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

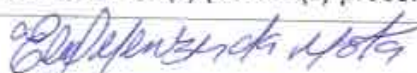
Placa: **KHL9326** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **974288500** Chassi: **9C2KC08108R231021**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

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 SEGUIDA OMESMO FOI SOCORIDO 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 CORRETORES
DE SEGURANÇA LTDA

24 MAIO 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
BOA VISTA

17/05/2018 14:06



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

Casos com vítima 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

ELIEL MENEZES DA MOTA

CPF da vítima

076.193.024-06

Data do Acidente

01/02/2013

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia médica, contudo, não possui prazo (máximo de 30 dias) do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 5º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2013
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
011111-DE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

L/2017



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



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

Av. Senador João Pessoa Guerra SN - Bairro Pilar - Palácio Pedra que Canta
Ilha de Itamaracá - PE, 53.900-000
(81) 3544-3194 - CNPJ: 13.101.674/0001-24
e-mail - saudeilhadeitamaraca@gmail.com



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

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 03/05/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/04/2018	CONTA CONTRATO 007014588480
ELIEL MENEZES DA MOTA		RIC (CNPJ) TOTAL A PAGAR (R\$) 113,53	DATA DA APRESENTAÇÃO 25/04/2018	Nº DO CLIENTE 2012965566
CPF: 076.189.024-98 NIS: 2121073666		NÚMERO DA NOTA FISCAL 014525125	Nº DA INSTALAÇÃO 0005856790	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA JACOB PINTO DE FREITAS 254 - A		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
CRUZ DE REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS 53625-222 IGARASSU PE		RESERVADO AO FISCO 2A72.5D65.B917.7AE3.4EEA.D1ED.2839.AFC4		

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22774278	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,39041620	27,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,6562430	78,75
Consumo Ativo superior a 220 kWh	5,00	0,6562430	3,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 003141995-25/01/18			0,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 007022825-23/02/18			1,09
Multa por atraso-NF 007022825 - 23/02/18			2,25
Juros por atraso-NF 007022825 - 23/02/18			0,90
Atualização IGPM-NF 007022825 - 23/02/18			0,06
TOTAL DA FATURA			113,53

INFORMAÇÕES DE TRIBUTAÇÃO					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
108,32	25,00	27,08	108,32	0,52	0,56
					2,40
					2,89

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
RS	%		
11,42	25,01	Gerção de Energia	
2,36	2,08	Transmissão	
27,18	23,98	Distribuição (Celpe)	
6,07	5,35	Energia Setorial	
30,23	26,91	Tributos	
108,32	100	TOTAL	

HISTÓRICO DO CONSUMO			
MÊS	CONSUMO (kWh)	VALOR (R\$)	DEBITO (R\$)
ABR 18	226	121,80	
MAR 18	238		
FEV 18	232		
JAN 18	204		
DEZ 17	146		
NOV 17	166		
OUT 17	154		
SET 17	155		
AGO 17	139		
JUL 17	133		
JUN 17	152		
MAI 17	135		
ABR 17	144		

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		IF DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0000000013308166	CAT	26/03/2018	7.151,50	25/04/2018	7.377,06	30	1,80000	0,00	226,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DEC-Aus de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	5,71	15,62	21,23
FIC-Aus de horas sem Energia		0,00	3,38	8,50	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,02	0,06	0,09
DCR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,22
BIB-Valor do Energia de Uso = R\$ 38,33					
Tudo Consumidor pode solicitar e aprovação dos indicadores DEC, FIC, DMIC e DCR e qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO									
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. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 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.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table>		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)										
	MÍNIMO	MÁXIMO									
220	202	231									
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA									

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007014588480	04/2018	113,53	03/05/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



838000000017 135300110072 014588480100 131966979938

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

04/05/2018 13:28



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altílio Bezerra dos Santos, RG nº 5499873, data de expedição 24/08/2018
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 Elgio
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 HENRIQUES DA MOTA cujo o condutor era
ELIEL HENRIQUES DA MOTA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: KHL-9326
Chassi: 9C2KC08108R231021
Data do Acidente: 01/02/2018



Jaboatão dos Guararapes, 14 de Março de 2018

Altílio Bezerra dos Santos
Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAR 2018

05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

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

DOCUMENTO
ORIGINAL

05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAR 2018



RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vítima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018 apresentando diagnóstico de fratura 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

 Roberta Paes Barreto
CRM - 15.828
CPF: 036.277.164-26

Recife, 24 de abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOKA
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 CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

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.

Restrito a: Atividades de vida diária

Com ênfase principal em: Perna esquerda

Espera do tratamento: Redução do quadro algico, 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
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE


Juliana de A. Borges
Fisioterapeuta
CREFITO 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 tibia esquerda, com os seguintes sintomas: Dor, edema, redução da ADM e força muscular.

Serão aplicadas sessões de acupuntura para melhora do quadro algico.

Procedimento: Acupuntura Sistemica.

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


Juliana de A. Borges
Fisioterapeuta
CREFITO 188181-F



Atendimento: 414659

Senha da Classificação

0040

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

Paciente: 111906 ELIEL MENEZES DA MOTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Nome Social: _____ Data do Nascimento: 12/12/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SLU - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LINDAURA DE MENEZES SANCHO DA Nome do Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA

Nome da Mãe: LINDA MARIA DE MENEZES SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12345

Endereço: RUA JACOB

Cidade/UF: IGARASSU

RE

264 Bairro: CENTRO
 Usuário Atendimento: NACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Pass

Abstract

Temperatures

Figure 4

Quinta Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL E
Boa Vista, CEP: 13.040-000

Assinatura: _____
RECIFE-PE

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio

☐ Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internacional




HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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: 12/12/1989
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0040
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 414659
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 GOLISAO MOTO CAMINHAO, COM POSSIVEL FRATURA EXPOSTA DE TIBIA NEGA HAS DM E ALERGIAS

Fluxograma-sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NAUSEA, VÔMITOS, GRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOA
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 CORRETOA
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 CORRETOA
DE SEGUROS LTDA

11 ABR 2018

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





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	5431565
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
ELIEL MENEZES DA MOTA	111906			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
1009271404491	12/12/1989	X	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
LINDAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA	0198674886			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
ELISSON				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA JACOBE, 264 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
IGARASSU	250680	PE	53610417	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Motivos, Sinais e Sinais Clínicos	21 - Condições que Justificam a Internação	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
VITIMA DE COLISÃO DE MOTOCICLETA APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA	NECESSIDADE CIRÚRGICA	ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA	FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA	S822	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020055		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPP	950016278437633
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	01/02/2018	M. Paulo Cunha CRM 122.25-5/53	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho			
39 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
05.802.494/0001-41	
3 - CNES () CPP	
TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
11 MAIO 2018	
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C	
Boa Vista - CEP 50.060-010	
RECIFE-PE	

Código do Laudo: 414889





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **414667**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA	Prontuário: 111906
Idade: 28a 1m 21d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 12/12/1989
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 07619902406	Telefone: CEP 53610417
Endereço: RUA JACOBE, 264	CENTRO - IGARASSU - PE
Dados da Internação	
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 1/2/2018 22:30
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERDE 2-45

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	R.G.: 07619902406	C.P.F.: 07619902406
Endereço: RUA JACOBE, 264	Numero: 264	Estado civil: SOLTEIRO
Cidade: IGARASSU	Estado: PE	

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: Melhorado	
Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta da tíbia e fíbula da perna @	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: Debridamento em 2 etapas (Bx. e enxerto) 0001-41	
Médico e CRM: 05.802.494/0001-41	
Responsável pela retirada do paciente: Assinatura e RG	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente com o Hospital MIGUEL ARRAES bem como com os procedimentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesia, exames, exames de imagem, etc.), do qual qualquer outro tipo de exame médico (laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento e bem estar do paciente.

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 53.400-000

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

Página: 0001
Data: 02/02/2018
Hora: 01:54

Ficha de Cirurgia Descritiva

Avião de Cirurgia: 47728
Paciente: 111908

Sala: 0003 SALA 03

ELIEL MENEZES DA MOTA
SUS - INTERNACAO
VERD2-48

Atendimento: 414867

Carteira:

Idade: 28 Anos 21 Dias 2 Horas

Convênio Atend.: 1

Leito: 744

Dt. Início: 02/02/2018 01:59

Dt. Fim: 02/02/2018 02:55

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURAS OS OSSOS DA PERNA ESQ.
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXADOR LINEAR
OPERADOR: DR. SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: SALOME
ANESTESISTA: DRA
ANESTESIA RAQUI

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 EXAUSTIVA COM SF 0.9%
7. POSICIONADO FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
- OBSERVADO REDUÇÃO SATISFATORIA POR FLUOROSCOPIA
- SUTURA COM NYLON 2.0
3. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

ESTURADO
02/02/2018

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAIO 2018

Dr. Pedro Cunha

DR(A): SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

05.802.494/0001-41
TRACAO 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
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL. C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
11 MAIO 2018

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página: 0001
Data: 11/02/2018
Hora: 11:57

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 47903
Paciente: 111808
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

Salá: 0002 SALA 02
ELIEL MENEZES DA MOTA
SUS - INTERNACAO
QRTL-511-LEITO 004
Atendimento: 414667
Carteira:
Idade: 28 Anos 30 Dias 12 Horas

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408059500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

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

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS EM MIE;
5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
7. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
8. PASSADO FIO GUIA APOS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
9. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
10. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL ØX340
11. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS Nº30 E Nº35 E PROXIMAL COM 01 PARAFUSOS Nº30 E Nº35
12. LIMPEZA COM SF 0.9%;
13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
14. CURATIVO;
15. CONTROLE COM RX;

Achados Cirúrgicos:

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

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
30a Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM: 13925

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
30a Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
Daniel Cabral
CRM: 24.631



Atendimento: 414857
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 CORRETOKA
DE SEGUROS ITDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-4
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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



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
	Dr. Pedro Cunha Ortopedia e Traumatologia CRM 05.802.494
02/02/18	# SOT#
	Fx ossos da perna
	Fratura aberta i @
	Paciente com fratura
	Dr. Pedro Cunha
	Dr. Carlos Siqueira
	Colégio Arma Vela S. Arma

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Roa Vista - CEP: 50.060-010
PE 01111-01

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM 05.802.494



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Bl. 61

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

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

11 MAIO 2018

DATA/HORA	
06/02/18	#5014 AD. Ex DIFER TIBIA
	PRIMEIRO EXAMEN COMPLETO
	PR. FO COM HEMORRAGIA
	GR: (U) URGENTE FO
07/02/18	#5014 Paciente com (Comunicação)
	GR: (U) URGENTE + 1/4 W B
	PR. (U) URGENTE
	GR: (U) URGENTE Pneu pulm
08/02/18	#5014 Paciente 31 anos
	GR: FO COM ASPIRADO DE SEGUROS LTDA
	GR: (U) URGENTE Pneu pulm
09/02/18	#5014 Paciente 31 anos
	FO COM ASPIRADO 31 FLORES
	GR: (U) AG. Pneu pulm

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
80ª Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Pedro Cunha
Otorrinolaringologista
CRM-PE 23.959

Dr. Pedro Cunha
Otorrinolaringologista
CRM-PE 23.959

17 MAR 2018

Dr. Pedro Cunha
Otorrinolaringologista
CRM-PE 23.959

Dr. Pedro Cunha
Otorrinolaringologista
CRM-PE 23.959





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Declara-se que o Sr. CLAUDE
NEVES do sexo masculino
inscruto no cartão fam
há 11/02/19 anos reside em
Bom Jardim, Ceará, São
Francisco de Assis, São
Francisco de Assis, São
Francisco de Assis, São

CPF: 582.2

10/05/19

05.802.494/0001-43
TRACAO CERRETONA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 2º Andar, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Claudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.089

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



Édíl Menezes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO
GERAL

7.668.858

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/09/2005

NOME << ELIEL MENEZES DA MOTA >>

FILIAÇÃO << ELIAS FERREIRA DA MOTA >>

<< LINDINAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA >>

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DATA DE NASCIMENTO

12/12/1989

DEC ORIGEM

<< CN 29.144.L.127-F.15-CART.1º DIST. PAULISTA-PE.

28.12.1989 >>

CPF

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

P 8 MAR 2005

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

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

ADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

076.199.024-06

me

ELIEL MENEZES DA MOTA

scimento

2/12/1989



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013226407073

VIA

COD. RENAVAM

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

2017

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04/10/2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 907 BL. F
Bela Vista - CEP: 50.160-010
RECIFE - PE

PLACA
KHL9326

PLACA ANT / UF

CHASSI

000009105R231021

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / 150

ANO FAB

ANO MOD

2003

2003

CAP / POT / CIL

20 / 149 CV

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2017 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA

JAB GUARARAPES

DATA

22/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:38:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315380551400000065025536>
 Número do documento: 20081315380551400000065025536

PE Nº 013226407073

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALTILIO 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
DISTRICAÇÃO CERRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175 - Jd. Bela Vista
Bela Vista - CEP 50060-010
Recife - PE

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

22/01/18

VIA

CPF / CNPJ

048.936.574-9

PLACA

KHL9326

RENAVAM

MARCA / MODELO

HONDA CB 150 TITAN XS

ANO FAB

CAT TARIF

Nº CHASSI

9C2KC38108R231021

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

JAN / 2017

DESTAQUE E GUARDE O 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 PERMITI 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 %	R\$ 0,00

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. 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)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66278489	13/08/2020 15:38	ANEXO 2	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, contatos 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 nº 14995532

Pag. 00447/00448 - carta_01 - INVALIDEZ





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

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
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

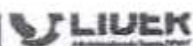
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne 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,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 076.199.024-06 4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ELIEL MENEZES DA MOTA 6 - CPF: 076.199.024-06

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA JOAQUIM PINO DE FREITAS 9 - Número: 264-A 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CAUZ DE REBOUSAS 12 - Cidade: JGARASSU 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53625-222

15 - E-mail: RECUSA 16 - Tel (DDD): 31985499354

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00017745 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 LAUDO DO 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo apontado, solicito 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 Líder para verificação da existência 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso):

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JGARASSU 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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 15:38:05

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081315380564300000065025538

Número do documento: 20081315380564300000065025538

Num. 66278489 - Pág. 3

28/09/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 do(s) pessoa(s) envolvido(s)

ELIEL MENEZES DA MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LIDIAURA DE MENESE RANCHO 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 Mãe: DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERGIO JOSE DA SILVA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AVANY VERISSIMO DE LIMA SILVA Pai: SERGIO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 21/7/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **TRAVESSA TIJUCA, 231 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Placa: **KL61209 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **174668195** Chassi: **9C2KC1S106R039881**

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/CG 150 TITAN KS**

VEICULO (VEICULO) 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: **AUTOMOVEIL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **PEE0617 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **250607441** Chassi: **KMHDC51EABU278952**

Descrição: **EM POSSE DE JOSE ALVES DE LIMA, CONTUDO DE PROPRIEDADE DE ADRIANO FERNANDO LUIZ MARINHO**

Complemento / Observação

COMPARECEU AESTA DELEGACIA A SRA. MICHELLE JANAINA LIMA DA SILVA, INFORMANDO QUE SEU MARIDO DE NOME ELIEL MENEZES CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, PELA BR-101 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 SEQUIDA 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 RECUPERA-SE.



28/09/2019

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Luciano Santana de Melo

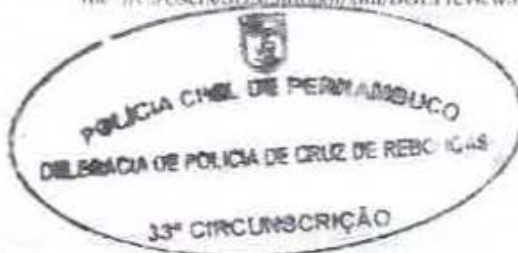
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

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



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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE ALVES DE LIMA (AUTOR/ AGENTE)
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** Mãe: **LIDINAURA DE MENESE SANCHO LIMA** Pai: **ELIAS FERREIRA DA MOTA** Data de Nascimento: **12/12/1989** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **4ª TRAVESSA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSI/PERNAMBUCO/BRASIL, BAR DOS ESTUDANTES**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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)**

VEICULO (VEICULO) 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: **AUTO/JOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



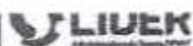
Complemento / Observação

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 FRENTE 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 ESCORIAÇÕES PELO CORPO; LOGO EM SEGUIDA A VITMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIKOS PARA O HOSPITAL PORTUGUES ONDE FOI SIRURGIADO, O ACUSADO SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E DEU TODO O APOIO NECESSESARIO NO SOCORRO DA VITIMA E CONTINUOU DANDO TODO APOIO NECESSARIO PARA QUE A VITIMA SE RECUMPERA-SE.

Elief Mendes de Silva
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 type="checkbox"/> DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima: 076.199.024-06	4 - Nome completo da vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
5 - Nome completo: ELIEL MENEZES DA MOTA		6 - CPF: 076.199.024-06
7 - Profissão: RECUSA	8 - Endereço: RUA JOAQUIM PINO DE FREITAS	9 - Número: 264-A
10 - Complemento: CASA	11 - Bairro: CAUZ DE REBOUSAS	12 - Cidade: JGARASSU
13 - Estado: PE	14 - CEP: 53625-222	15 - E-mail: RECUSA
16 - Tel (DDD): 81985499354		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 CONTRA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.000,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 A R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 A R\$5.000,00 <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 (PAI, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPEMANÇA Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção: <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 2546 CONTA: 00017745 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Líder 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 LAUDO DO 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 (assinale 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 apontado, solicito 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 Líder para verificação da existência 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 discorde 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 (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		
24 - Data da morte 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 nascituro(s) (se não)? <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/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.		
34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)		
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		
Assinatura da testemunha		
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		
Assinatura da testemunha		

40 - Local e Data: JGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 PRÍSPO 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 nº 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 desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site: <http://www.cbmpe.gov.br/>, consultando 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



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





Serviço Social de Energia Elétrica - Cópia para o (a) 4543 de 2014/2017
CONTA PESSOAL - CONTA DE CONSUMIDOR ELÉTRICO
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 51060-000
CEP: 51060-000 (Recife) Tel: 30054040 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FLÁVIO MEIRELES DA MOTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JACQUES PRATO DE FREITAS 254 - A

CPF: 078.199.034-08 NIS: 21210735854

CÍRCULO DE REDUÇÃO/AVISOZULOS PERDIDAS
NAPASSU/PE
53025-222

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NE

DATA DE EMISSÃO: 02/10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 25/10/2019
VALOR A PAGAR: 103,47

PERÍODO DE CANCELAMENTO	DATA	VALOR (R\$)
07/08/2019	02/10/2019	103,47
07/08/2019	02/10/2019	103,47
07/08/2019	02/10/2019	103,47

DESCRIÇÃO DA ROTA FISCAL				QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh				30,000000	0,700000	21,00
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh				70,000000	0,445000	31,15
Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh				150,000000	0,225000	33,75
Atividade Bandeira VERDE/AMARELA						7,00
KWh Substituição - CDE 4F 07/10/2019 25/10/19						0,85
Multa por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19						1,85
Juros por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19						1,10
TOTAL DA FATURA						103,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA CONTABILIDADE									
PERÍODO	Tipo de Faturação	Anterior	Atual	Variação	Var. (%)	Consumo	Adição	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)
07/08/2019	1,01	20,0000	12,0000	-8,0000	-40,00	1,0000		12,00	103,47

CONSUMO POR PERÍODO				CONSUMO POR TIPO DE SERVIÇO				CONSUMO POR TIPO DE SERVIÇO			
PERÍODO	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	TIPO DE SERVIÇO	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	TIPO DE SERVIÇO	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	21,00	21,00	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	31,15	31,15
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh	150,00	33,75	33,75	Atividade Bandeira VERDE/AMARELA		7,00	7,00
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	KWh Substituição - CDE 4F 07/10/2019 25/10/19		0,85	0,85	Multa por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19		1,85	1,85
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Juros por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19		1,10	1,10				

ATENÇÃO: Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para garantir a validade jurídica, recomendamos que o documento original seja assinado e carimbado pelo emitente. O documento original deve ser armazenado em local seguro e acessível para fins de comprovação. O documento original deve ser assinado e carimbado pelo emitente. O documento original deve ser armazenado em local seguro e acessível para fins de comprovação.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE A CONTA DE CONSUMO DESTA CONTABILIDADE									
PERÍODO	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	TIPO DE SERVIÇO	Consumo (kWh)	Consumo (R\$)	Consumo (R\$)	TIPO DE SERVIÇO	Consumo (kWh)
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	21,00	21,00	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Consumo Ativo superior a 100 até 250 kWh	150,00	33,75	33,75	Atividade Bandeira VERDE/AMARELA	
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	KWh Substituição - CDE 4F 07/10/2019 25/10/19		0,85	0,85	Multa por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19	
07/08/2019	12,00	103,47	103,47	Juros por atraso - 4F 07/10/2019 - 25/10/19		1,10	1,10		

DATA DE EMISSÃO: 02/10/2019
DATA DE VENCIMENTO: 25/10/2019
VALOR A PAGAR (R\$): 103,47
83820000001-0 05470011007-5 01458848010-0 14230105323-7





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

Nosso Número
175300319467

Recibo do Pagador

Vencimento
11/07/2019

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP
BANCO ITAUCARD SA / 17.192.451/0001-70
ALAMEDA PEDRO CALIL 43 CENTRO POA SP

Nr. Documento Valor do Documento
5358580064025304 2.328,96

BANCO ITAUCARD SA [341-7] 34191.75306 03194.672527 50451.630003 1 000

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER AGENCIA.ATE O VENCITO					Data de Vencimento 11/07/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/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 5358580064025304	Espécie Doc FI	Acerto N	Data Processamento 11/07/2019	Nosso Número 175300319467	
Use do Banco	Carteira 175	Espécie R\$	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 53610-433						
Sacador Avalista						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação





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 06 | 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/SIBIOTECAWEB/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=25636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 092.760.234, SS, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ELIEL MENEZES DA MOTA inscrito (a) no CPF sob o nº 076.199.024, 06,

do sinistro de DPVAT cobertura INVÁLIDez da Vítima A MESMA,

inscrito (a) no CPF sob o nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA ALFREDO PRISTO 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>53610933</u>	Tel.(DDD):	<u>81985492354</u>

Local e Data: SGARASSU 09 DE OUTUBRO DE 2018

Hanse Lindbergh Cins de Souza
Assinatura do Declarante





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 SAUDE

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

Página: 1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Data da cirurgia: 09/07/2019 19:20

Cirurgião: DR ROMERO ANTUNES BARRETO LINS

1º Auxiliar: DR PAULO ROBERTO LINS

2º Auxiliar: DR RAPHAEL BURLAMAQUI

3º Auxiliar:

Instrumentador: ANTONIO RAMOS

Anestesista: DRA TAMARA

Anestesia: RAQUI + BLOQUEIO MSE + SEDAÇÃO

Neonatalogista:

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

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

Diagnóstico pós-operatório: O MESMO

Exame radiológico no ato: FLUOROSCOPIA

Acidentes durante a cirurgia: NAO HOLVE

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

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

Descrever:

Hemotransusão: ☐ 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- ANTISSEPSE + ASEPSIA + 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 GRAVE 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, CURTATIVO ESTÉRIL;
- 06- VIA DE ACESSO VOLAR AO RADIO DIREITO;
- 07- MICRONEUROLISE DO NERVO MEDIANO DIR;
- 08- REDUÇÃO DAS FRATURAS ARTICULARES E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS;
- 09- REPARO DO LIGAMENTO RADIOCARPAL;
- 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

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



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)

CONVÊNIO: BRADESCO SAUDE

PLANO: EMPRESARIAL ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: Z540 - CONVALESCENÇA APOS CIRURGIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: Z540 - CONVALESCENÇA 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 PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO

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

Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 15.811

SYLVIO PAZ GALDINO DE LIMA JUNIOR
CRM-26811





Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nascimento: 12/12/1989

Idade: 29

Registro: 1996997

Conta:



Unidade: JOAO DE DEUS 13ª ENFERMARIA

Leito: 1311 L32

Atendimento: 00643019

Convênio: BRADESCO SAUDE

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 13ª

SUMÁRIO DE ALTA

Motivo Admissão:*

FRATURA DOS METATARSOS 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☐ Diabetes Mellitus☐ Etilismo☐ Acidente Vascular Encefálico☐ Arteriopatias periféricas☐ Tabagismo☐ Asma brônquica☐ Doença pulmonar obstrutiva crônica☐ Dislipidemia☐ Coronariopatia☐ Obesidade☐ 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

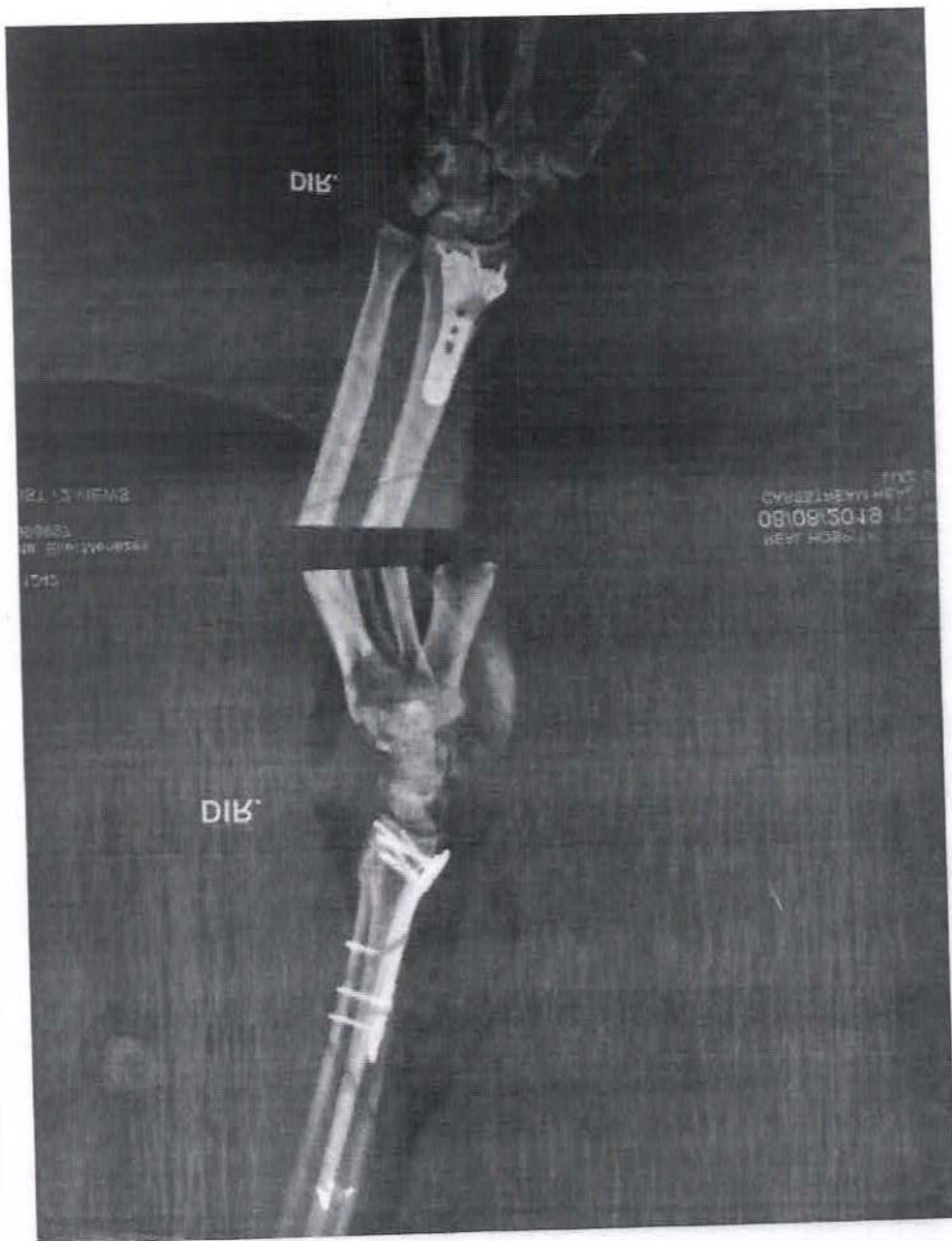
Dr. Sylvio Galdino
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 26811

NEP

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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1566712300

ELIO MENDES DA SILVA

IDENTIDADE/CPF - EMISSÃO/TP
 788884 EDC PS

DATA NASCIMENTO
 076.199.024-06 12/12/1989

ELIAS FERREIRA DA SILVA

LINDINEIRA DE MENDES
 SANCUDO DA SILVA

CPF/ISSO
 04301402449 20/04/2023 27/03/2008

OBSERVAÇÕES
 RAR

Elio Mendes da Silva

LOCAL
 PAULISTA, PS

DATA EMISSÃO
 30/04/2018

PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RENSE LINDBERGH LINS DE SOUSA

CPF: 5962094-8 DS PE

CPF: 083.780.234-22 DATA NASCIMENTO: 02/03/1981

PRIMEIRO NOME: WILLIAM LINDBERGH OAS
 SEXO: M
 SOBRENOME: LINS DE SOUSA
 ENDEREÇO: RUA MARIA LINS DE SOUSA

PERMITEÇÃO: 00154502670 VALIDADE: 12/12/2012 EXPIRAÇÃO: 30/09/2008

DESCRIÇÃO: CETERA

Renê Lindbergh Lins de Sousa

LOCAL: PERNAMBUCO DATA EMISSÃO: 12/12/2012

Assinatura: *[Assinatura]*

1539850170

PERNAMBUCO



PE Nº 014800884515 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
02/05/19

VIA
1

CPF / CNPJ

087.822.184-04

PLACA

KLG1209

RENAVAM

173655195

MARCA / MODELO

HONDA / CB 150 TITAN K3

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 SEGURO (R\$)

84.56

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

18/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SINÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

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
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
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 PINO DE FREITAS 264-A CRUZ DE REBOÇAS
SCARASSU - PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH CINS DE SOUZA

NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO


IDENTIDADE: 5962094 CPF: 042.760.234-32

ENDERECO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO Nº 338
CENTRO - GARASSU - PE

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

IGARASSU 01 de OUTUBRO 2019



 Elizângela de Mota
=Assinatura do Outorgante=
Por autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0365205/19

Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do acidente: 08/07/2019

CPF: 076.199.024-06

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIEL MENEZES DA MOTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Carolyn Lins Veloso

