



Número: **0032693-05.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.134,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (AUTOR)	GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67778 070	10/09/2020 16:50	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200209445 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 1 /7

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: Ezquiel castanho Ferreira Júnior

Brasileiro (a), estado civil: Solteiro

Profissão: Penteiro RG: 5064583 SSP/PE CPF/MF

Nº 025 999.724-26, Com endereço residenzial a
R. Uberlandia, nº 74 A (ao c/ A Tabatinga,
Camaratuba - PE CEP. 54783-075

Outorgado:

Nome: Manoel José Santos Júnior, Silva, Autônomo,
RG 41.364.868 SSP/PE, CPF. 830.621.904-00, reside no
endereço Rua São Gonçalo, 276, Camaratuba, PE. CEP. 54783-770

PODERES:

Amplos poderes para praticar os atos administrativos de seguro obrigatório – DPVAT.

Brejia, 06, junho de 2020.

Ezquiel castanho Ferreira Júnior

OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162605/20

Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF: 025.999.724-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2019

Titular do CPF: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES : 025.999.724-26

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: 10/06/2020
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 3



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, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200209445 **Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**

Data do Acidente: 17/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15833253

Pag. 01711/01712 - carta_01 - INVALIDEZ



00010856



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DIM - 05^ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - APIPUCOS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N^º. 19E0036000132

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/12/2019 às 10:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/4/2019 às 07:52

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOIS IRMAOS, 001, EM FRENTE A ENTRADA DA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO** - Bairro: **DOIS IRMAOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963 (AUTOR / AGENTE)
EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** M^{ae}: **SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS** P^{ai}: **JOAO PEREIRA ALVES** Data de Nascimento: **24/2/1978** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5064583/SDS/PE (RG), 02599972426 (CPF), 00730375224 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **- 081986018999**

Endereço Residencial: **RUA UBERLANDIA, 74, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTO PLACA PGX 6680 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGX6680** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

VEICULO PLACA KGX 6963 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO DO VEICULO DE PLACA KGX 6963**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

200 238 83 36/permambuco/VisualizaBO.do?idUn=36&idOc=8200136&nroBO=19E0036000132&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNSITO



2019
PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

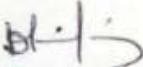
Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Complemento / Observação

RELATA QUE VINHA TRAFEGANDO NA RUA DOIS IRMÃOS COM SUA MOTO DE PLACA PGX 6680 E UM VEICULO DE PLACA KGX 6963, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRÁRIO AO CONVERGIR A ESQUERDA BATEU EM SUA MOTO, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA N° S-616139 E N° DA 075.11.2019 E ATENDIMENTO DA CTTU SOB N° DE BOLETIM 74063 E LEVADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NA Perna ESQUERDA, FRATURANDO A TIBIA E A FIBOLA PASSANDO POR CIRURGIA SOB N° DE ATENDIMENTO 718475 E PRONTUARIO N° 1117018.

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES
(VITIMA)

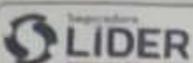

B.O. registrado por: **DANIEL LINS DE LIMA** - Matrícula: **350644-4**

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		Escolha(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - CPF do sinistro ou AUS: 025.999.724-26 3 - CPF da vítima: 025.999.724-26 4 - Nome completo da vítima: CZEQUIEL CAETANO REBEIRA ALVES REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 405/2013 5 - Nome completo: CZEQUIEL CAETANO REBEIRA ALVES 6 - CPF: 025.999.724-26 7 - Profissão: TORTEIRO 8 - Endereço: R. J. BORGES 9 - Número: 74 10 - Complemento: CASA-9 11 - Bairro: TABATINGA 12 - Cidade: CARATINGA/SC 13 - Estado: SC 14 - CEP: 54783-075 15 - E-mail:													
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR															
17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).															
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00													
21 - DADOS BANCÁRIOS: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale 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) </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> AGÊNCIA: 3484 CONTA: 00003396 (3) </td> <td style="text-align: center;"> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe) </td> <td style="text-align: center;"> AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe) </td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale 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: 3484 CONTA: 00003396 (3)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale 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: 3484 CONTA: 00003396 (3)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existe)													
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.															
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE <p><input checked="" type="checkbox"/> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.</p>															
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> 24 - Data do óbito da vítima: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> 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: </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="text-align: center;"> 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: </td> <td style="text-align: center;"> 30 - Vítima deixou nascituro (na nascida)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="text-align: center;"> 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> <td style="text-align: center;"> 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: </td> <td style="text-align: center;"> 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> </table> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.</p>						23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (na nascida)? <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
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:														
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:															
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (na nascida)? <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										
NÚCLEO AFETATIZADO	34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)														
TESTEMUNHAS	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha														
40 - Local e Data, Recife, 29 de Abril, 2020 X Cezar Melo Alves Júnior 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)															
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)															
43 - Assinatura do Procurador (se houver)															



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: 22/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03484

CONTA: 000000003396-3

Nr. da Autenticação 9D2920D1D6188258



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 8

REMETENTE

044423

INSS

AG DA P SOCIAL SAO LOURENCO DA MATA
R FREI CANECA, N. 301/307

CENTRO

SAO LOURENCO DA MATA - PE
54735-796

- MUDOU-SE RECUSADO INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO
 ENDEREÇO INSUFICIENTE NÃO PROCURADO
 NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO AUSENTE
 DESCONHECIDO FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

FORM: CON39A

Impresso pela Dataprev



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



044153

|||||

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES
UBERLANDIA 74 A CASA A
TABATINGA
CAMARAGIBE PE
54783-075



5013196987410440000004415330050619

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 9

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a Via		
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 12.835.332/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0085943-93		 Tarifa Social de Energia Elétrica - 1º e 2º TRIMESTRE COMERCIAL 115 PESO Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala Queridora Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE 0800-727-6167-Ligação Gratuita de Telefone Agência Nacional de Energia Elétrica-ANEEL 0800-167-6167-Ligação Gratuita de Telefone		
DADOS DO CLIENTE ERICIA ESTEVÃO DE RANTANA PR AD EDUCANDARIO SILVA NUNES CPF: 073.894.264-73		DATA DE VENCIMENTO 03/10/2017		
ENDERÉCIO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SÃO GERALDO 276 LOTTO SÃO PEDRO/CAMARAGIBE 54713-770 CAMARAGIBE PE		TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00		
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 .				
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico				
RESERVADO AO FISCO FCBF,DFD7,A9A9,B3FC,3DC5,E522,075E,47A				
DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL				
DESCRIÇÃO		QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		38,00	0,49550558	18,85
Atribuição Bandeira AMARELA				0,49
Atribuição Bandeira VERMELHA				0,16
Multas por atraso-NF 003245952 - 25/09/17				0,31
Juros por atraso-NF 003245952 - 25/09/17				0,09
TOTAL DA FATURA				18,32
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				
ICMS		PIS		COFINS
BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00	VALOR DO IMPOSTO R\$ 0,00	BASE DE CÁLCULO 15,69	VALOR DO IMPOSTO 0,04	BASE DE CÁLCULO 15,69
% 0,04	% 0,04	% 3,09		% 0,46
Tarifas Aplicadas				
Consumo Ativo(kWh) 8.40530000		SET 17 0,49550558 AGO 17 0,49550558 JUL 17 0,49550558 JUN 17 0,49550558 MAI 17 0,49550558 ABR 17 0,49550558 MAR 17 0,49550558 FEVEREIRO 17 0,49550558 JANEIRO 17 0,49550558 DEZ 16 0,49550558 NOV 16 0,49550558 OUT 16 0,49550558 SET 16 0,49550558		
Faturado pelo consumo da base - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.				
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO		ESQUILHAR	VALOR APURADO	
DIA-Nº de horas sem Energia FIC-Nº de vezes sem Energia DNIC-Duração mínima de interrupção consumo DICI-Duração de interrupções em dia útils EUTD-Valor do Encargo de Usuário R\$ 7,43			00/0000	
Data Prevista para a Próxima Leitura: 27/09/2017				
Total Consumo para solicitar a saída das Indicações DICI, FIC, DNIC, DICI, EUTD				





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

Para mais informações, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através do site: www.susep.gov.br
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capital e regiões metropolitanas: 0800 1596 / Outras regiões: 0800 622 32 64
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 622 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 622 32 06 | Central Ouvidente: 0800 621 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX/TIPO=1&CÓDIGO=29536>

A Circular SUSEP* nº 445/12, que trata da prevenção a 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 de respectivo documento de comprovação.

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 CGA†.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURADO. † CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CGA, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TERA POR FINALIDADE INSPECTIONAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.513/98

Pelo exposto, eu Manoel José Santos da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 830.621.904/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Esquiel Caetano Pinheira Alves inscrito (a) no CPF sob o N° 025.999.724/26.

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Esquiel Caetano P. Alves

inscrito (a) no CPF sob o N° 025.999.724/26, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência 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 São Ignaldo</u>	Número:	<u>276</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Lamarágibe</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>54733-770</u>

Local e Data: Recife, 08 de junho, 2020.

Manoel José Santos da Silva

Assinatura do Declarante





EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES		01/11/2018	
711127	MASCULINO	41a fm 30d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CL TRAU

Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DA PERNAS DA ESQUERDA

Tratamento: _____
17/04/2019: LMC + FIXAÇÃO COM FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
24/04/2019: OSTEOSÍNTSE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA ESQUERDA

OBS: _____

- PRESCREVO ANALGESIA E CEFALEXINA 500MG - 6/6H - 7 DIAS;
- ORIENTO CARGA PARCIAL (20%) EM MIE, COM AUXILIO DE MULHER;
- SOLICITO RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA (DRA. FERNANDA) ENTRE 10H E 14H;
- ENTREGO ATESTADO PARA 15 DIAS E DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO;
- ORIENTAÇÕES GERAIS
- *(Assinatura do Clinician no momento da Alta)* _____

- INTRODUÇÃO
- ORIENTAÇÕES GERAIS
Condições Clínicas (no momento da Alta)
PACIENTE EVOLUIU COM BOM ESTADO GERA, SEM APRESENTAR INTERCORRENCIAS NAS ÚLTIMAS 24H. FERIDA OPERATÓRIA COM BORDOS BEM COAPTAOS, SEM SECREÇÃO OU SINAIS DE FLOGOSE

DATA DA INTERNAÇÃO 17/04/2019	DATA DA ALTA 26/04/2019
---	-----------------------------------

Recife, 26 DE ABRIL DE 2019

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: N°.27987

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Núm. 67778070 - Pág. 12



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

1. Ocorrência da Emergência: 718475

1.1 - Atendimentos em: 08/05/19

1.2 - Às 08 horas e 09 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1117018

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 08/05/19

3. Hipótese Diagnóstica: PÓS OPERATÓRIO PRECOCE FRATURA OSSOS DA Perna
ESQUERDA.

4. Tratamento: RETIROU PONTOS ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA
ÍNTegra DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 28.5.2019

HORA: 12:55:06

PASTA: 01.05.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 13

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 718475

Prontuário: 1117018

Nome: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Data Nasc.: 24/02/1978 Idade: 41 Sexo: MASCULINO Cor:
CPF: RG:

CNS:

Nº: 18
Estado: PE

Endereço: RUA SEVERINO CAVALCANTE

Bairro: TABATINGA Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756593 Fone: 34846360

Profissão:

Nome da Mãe: SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT- ARTHU LOCATEL

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 08/05/2015 HORA: 08:09 h Médico: Dr. Arthur Lourenço

Queixa Principal / HDA:

Perda de memória parcial ou total. Geralmente notada, notada

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/>
Aviação:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:		Passageiro:	<input type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Altura:	m
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Transporte Realizado por:	
Observações:	Frio intenso				

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: C°

FCG, pulso lento, respiração lenta

B: Respiratório

N/A

C: Circulatório PA x mmm Pulso: bpm

N/A

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:





EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES		01/11/2018	
7111127	MASCULINO	41a 1m 30d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

Tratamento: _____
17/04/2019: LMC + FIXAÇÃO COM FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
24/04/2019: OSTEOSÍTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA ESQUERDA

OBS: _____

- PRESCREVO ANALGESIA E CEFALEXINA 500MG - 6/6H - 7 DIAS;
- ORIENTO CARGA PARCIAL (20%) EM MIE, COM AUXILIO DE MULHER;
- SOLICITO RETORNO AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA (DRA. FERNANDA) ENTREGO ATESTADO PARA 15 DIAS E DECLARAÇÃO DE INTERNACAO;
- ORIENTACOES GERAIS _____

(Assinatura do Clinico, no momento da Alta) _____

- ORIENTAÇÕES GERAIS
Condições Clínicas (no momento da Alta) PACIENTE EVOLUIU COM BOM ESTADO GERA, SEM APRESENTAR INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24H. FERIDA OPERATÓRIA COM BORDOS BEM COAPTADOS, SEM SÉCREÇÃO OU SINAIS DE FLOGOSE

DATA DA INTERNAÇÃO 17/04/2019	DATA DA ALTA 26/04/2019
---	-----------------------------------

Recife, 26 DE ABRIL DE 2019

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: N°.27987

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0001-51
Fone - (81) 3184-5600

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Núm. 67778070 - Pág. 15



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

1. Ocorrência da Emergência: 718475

1.1 - Atendimentos em: 08/05/19

1.2 - Às 08 horas e 09 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1117018

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 08/05/19

3. Hipótese Diagnóstica: PÓS OPERATÓRIO PRECOCE FRATURA OSSOS DA Perna ESQUERDA.

4. Tratamento: RETIROU PONTOS ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 28.5.2019

HORA: 12:55:06

PASTA: 01.05.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 16

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 718475

Prontuário: 1117018

Nome: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Data Nasc.: 24/02/1978 Idade: 41 Sexo: MASCULINO Cor:
CPF: RG:

CNS:

Nº: 18
Estado: PE

Endereço: RUA SEVERINO CAVALCANTE

Bairro: TABATINGA Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756593 Fone: 34846360

Profissão:

Nome da Mãe: SEBASTIANA CAETANO DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT- ARTHU LOCATEL

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 08/05/2015 HORA: 08:09 h Médico:

Dr. Arthur Lourenço

Queixa Principal / HDA:

Perda de memória parcial de 24h a 48h, sem infarto, náuseas, febre ~ 38,5

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista:	<input type="checkbox"/>
Aviação:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:		Passageiro:	<input type="checkbox"/>
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Altura:	m
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Transporte Realizado por:	
Observações:	Frio, lumbago				

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pélvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp: C°

FCG, náuseas, vômitos, cefaleia

B: Respiratório

N/A

C: Circulatório PA x mmm Pulso: bpm

N/A

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F M

LANÇO MÉDICO

Paciente Ezequiel Cordeiro Pinto, 47a,
sofreu fratura de exposta do punho esquerdo
há 03 semanas. Foi submetido a osteosíntese
com nora intramedular nos ultimos 05
dias extensos. No momento em cima
pode, com ocorrência de retorno anormal
em 03 semanas; *desenvolver afecção*
de atividade laborativa durante período de
reabilitação; *recomendo afastamento por 03 meses*.

CID: S82.7 + S81.7

08/05/15

Dr. Antônio Locatelli
Oftalmologista
CRM 17882 - PE

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone: 0XX 81 31845600

IGV 1002 V.1.2013

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>

Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 18



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F M

LANÇO MÉDICO

Paciente Ezequiel Cezarino Pereira Ruy, 47^o,
lo fizeram férias de exposição do Peru e Grécia
há duas semanas. Foi submetido a artrossíntese
com órtese instrutiva nas últimas 30
férias extensas. No momento em casa
parcial, com ocorrência de retorno análogo
em duas semanas; deve permanecer afastado
de atividades laborativas durante período de
reabilitação; recomendo afastamento por 00 dias MDT;

CID: S82.7 + S81.7

08/05/15

Dr. Antônio Locatelli
Oftalmologista
CRM 17882 - PE

Avenida General San Martin s/n - Cordeiro

Recife/PE - CEP 50.630-060

Fone: 0XX 81 31845600

IGV 1002 V.1.2013

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 19



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>
Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA	
DETTRAN - PE	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 015102524759	
TÍTULO REGISTRAIS	
1 1031210862 2019	
RESQUIEL CAVASO PERNIRA ALVES	
CAMARACIBE-PE	
DATA: 24/08/19	
PLACA: PE 9C2RC1660PR020701	
TIPO: MOTO	
MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 TITAN EX	
ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015	
CATEGORIA: 2P/149CL	
PARTIC: VERMELHA	
IPVA 2019 QUITADO	
VALOR: R\$ 0,00	
VALOR TOTAL: R\$ 0,00	
DATA DE INSCRIÇÃO: 24/07/19	
SEM RESERVA	
DATA: 24/08/19	
ROBERTO CARLOS MOREIRA Fontelles	
DIRETOR EXECUTIVO DETRAN/PE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DE POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PE Nº 015102524759 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RESQUIEL CAVASO PERNIRA ALVES 54783-075

CASA CAMARACIBE-PE
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

VIA	CPF / CNH	DATA EMISSAO
1	025.999.724-26	24/08/19
REGRAS		PLACA
1031210862		PE 9C2RC1660PR020701
ANO FAB.	ANO MOD.	IPVA
2014	09	9C2RC1660PR020701
PRÉMIO TARIFÁRIO		
VALOR IPVA	VALOR IPVA	VALOR DO SEGURO IPVA
36,05	4,01	40,06
VALOR DO BILHETE IPVA	IPVA	VALOR DO BILHETE IPVA
4,15	0,32	84,50
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE PAGAMENTO
		24/07/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ: 01.348.836/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELES NÃO È DE PONTE OBRIGATÓRIO.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0162605/20

Vítima: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

CPF: 025.999.724-26

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/04/2019

Titular do CPF: EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA : 830.621.904-00

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

EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES : 025.999.724-26

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: 10/06/2020
Nome: MARIA JOSE SANTOS DA SILVA
CPF: 830.621.904-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

MARIA JOSE SANTOS DA SILVA

Marta Marinho dos Santos



DECLARAÇÃO

Número de Boletim

Local:

Data:

Hora:

Veículo(s) de Placa(s)

Natureza do acidente

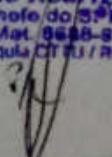
Vítima(s):

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de julho de 2019

Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito

Celso Rodrigues
Chefe do 15º M
Mat. 8688-8
Autarquia CTTU / Rr


CTTU
AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC
Ass. Rr/PC
Mat. N° 8688-6

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife - PE - CEP: 50100-260

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81) 3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>

Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 23



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	075.11.2019
DATA	21.11.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **EZEQUIEL CAETANO PEREIRA ALVES**, portador do Documento de Identidade nº **5064583** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **025.999.724-28**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **S-616139**, que no dia 17 de abril de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 07h55, na Avenida Manoel de Medeiros, em frente da Biblioteca da UFRPE, no bairro Dois Irmãos, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas.

Recife, 21 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio parente Costa

Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



DECLARAÇÃO

Número de Boletim

Local:

Data:

Hora:

Veículo(s) de Placa(s)

Natureza do acidente

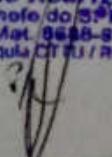
Vítima(s):

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de julho de 2019

Fabiano Ferraz
Diretor de Trânsito

Celso Rodrigues
Chefe do 15º M
Mat. 8688-8
Autarquia CTTU / Rr


CTTU
AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC
Ass. Rr/PC
Mat. N° 8688-6

Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260

CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81) 3232.5300 - fax (81)3232.5328

Email: cttu@recife.pe.gov.br

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/09/2020 16:50:17
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091016501709800000066480407>

Número do documento: 20091016501709800000066480407

Num. 67778070 - Pág. 25