



Número: **0014929-06.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDO JOSE DE MELO (AUTOR)	PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68593 120	25/09/2020 15:50	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200033051 Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). EDUARDO JOSE DE MELO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **EDUARDO JOSE DE MELO**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002191

Conta: 000984680065-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251550491590000067273135>
Número do documento: 2009251550491590000067273135

Núm. 68593120 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE		
2 - NF do sinistro ou PSL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: EDUARDO JOSE DE MELO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZ DA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012						
5 - Nome completo: EDUARDO JOSE DE MELO		6 - CPF: 686.917.184-09				
7 - Profissão: RECUSA		8 - Endereço: RUA FEIRA FERIADA	9 - Número: 06	10 - Complemento: CASA		
11 - Salário: CURV DE REBOCA		12 - Cidade: IGARASSU	13 - Estado: PE	14 - CEP: 53620 123		
15 - E-mail: RECUSA		16 - Telefone: 31985492354				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR						
17 - Nome completo do Representante Legal:						
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).						
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:						
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)						
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (337) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (301) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)						
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____						
AGÊNCIA: 9191		CONTA: 584680065	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 ALUSÃO 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 invalides permanente, uma vez que (selecionar uma das opções):						
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a regiões do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.						
Pelo motivo acimacitado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides 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 manifestação das lesões permanentes decorrentes de 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 resolução ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.						
23 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte:						
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 da óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tem filhos, informar quantos filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou netos/nietos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.						
NÃO FAZ AUTORIZADO		34 - Local e Data, JGARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019		35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido		
				X Claudio José de Melo 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
TESTEMUNHA				36 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha		
				43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019



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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200033051 Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

Data do Acidente: 06/10/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO JOSE DE MELO

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15407446



Brag 000607/000608 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Núm. 68593120 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DR30ºCIRC DIM/030DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0120001788

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpoado (Consumado), que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1** - Bairro: **ELDORADO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA SEVERINA DE MELO** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE MELO** Data de Nascimento: **27/7/1969** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **50763100/SSP/PE (RG) 68691718404 (CPF) 05056270199 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 985713414**

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DE MOURA** Pai: **JURANDIR LOPES DE MOURA** Data de Nascimento: **21/1/1979** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5434010/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IRMAI LOPES DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **192052292** Chassi: **9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



22/11/2019

Secretaria de Defesa Social : INFOPOL

VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCRITA PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de melo.

EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: LEANDRO CINTRA BEZERRA - Matrícula: 273001-4



<https://www.infopolice.com.br/visualizar/visualizar?infId=120&infSeq=148087&nmRtr=1481127001788&tincaimico=true&prinicial=false>

2/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 030ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMARACÁ - DP30ªCIRC DIM/8ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0120001788

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/11/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **6/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ACERRA, 1** - Bairro: **ELDORADO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IRMAI LOPES DE MOURA (OUTRO)
EDUARDO JOSÉ DE MELO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EDUARDO JOSÉ DE MELO

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

EDUARDO JOSÉ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEBASTIANA SEVERINA DE MELO** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE MELO** Data de Nascimento: **27/7/1969** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **50763100/SSP/PE (RG) 68691718404 (CPF) 05056270199 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 985713414**

Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRMAI LOPES DE MOURA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JOSEFA FRANCISCA DE MOURA** Pai: **JURANDIR LOPES DE MOURA** Data de Nascimento: **21/1/1979** Naturalidade: **ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5434010/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escalão: **2º, GRAU COMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA BARCELOS, 8 - CEP: 0 - Bairro: ROQUE SANTEIRO - ITAMARACA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IRMAI LOPES DE MOURA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO JOSÉ DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKB3201** (PERNAMBUCO/GARASSU) Renavam: **192052292** Chassi: **9C2JC4230AR106092**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

Este documento é de uso exclusivo da autoridade policial e não deve ser divulgado ou reproduzido.



22/11/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

VEIO A ESTA DEPOL A VÍTIMA INFORMAR QUE NO DIA 06/10/2019 CONDUZIA A MOTOCICLETA AQUI DESCrita PELA RUA ACERRA, BAIRRO DA BAIXA VERDE, ITAMARACÁ QUANDO A CORRENTE DO VEÍCULO CAIU E O MESMO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, QUE APÓS A QUEDA A VÍTIMA FOI PARA CASA E POR SENTIR MUITAS DORES NO BRAÇO DIREITO PROCUROU A UPA DE IGARASSU NO DIA SEGUINTE E APÓS ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE PASSOU POR CIRURGIA. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

Eduardo José de melo.

EDUARDO JOSÉ DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: LEANDRO CINTRA BEZERRA - Matrícula: 273001-4

LEANDRO CINTRA BEZERRA
AGENTE DE POLÍCIA
CHEFE ADMINISTRATIVO
Matrícula - 273001-4



servicos.sos.pe.gov.br/pemambuco/VisualizaBC.do?idUn=120&idOc=8146007&nroBC=19E0120001788&tpo=simples&naPrincipal=ACI... 2/2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIA)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:				
		686.917.184-04	EDUARDO JOSE DE MELO				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012							
5 - Nome completo:		6 - CPF: 686.917.184-04					
7 - Profissão: RECLUSA		8 - Endereço: RUA FERA FEIJAO	9 - Número: 06	10 - Complemento: CASA			
11 - Bairro: CRUZ DE REBOA		12 - Cidade: SERRASSU	13 - Estado: PE	14 - CEP: 53630 123			
15 - E-mail: RECLUSA		16 - Telefones: 21985492354					
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADORES							
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 COPIA).							
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:							
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSA INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$7.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00							
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)							
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos titulares. Anexar uma cópia) <input type="checkbox"/> Bradesco (250) <input type="checkbox"/> Itaú (340) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (304)							
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Itens os bancos) Nome do BANCO: _____							
AGÊNCIA: 2191	CONTA: 984680065	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e imediatamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.							
22 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às contas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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.							
23 - DECLARAÇÃO DE ÓRICOS BENEFICIÁRIOS - PREenchimento somente para cobertura de MORTE							
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (na Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<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 (bebê morto):	<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/mães vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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		35 - Nome legível de quem assina a roga/a pedido		36 - 1º Nome: _____ CPF: _____		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	
				Assinatura da testemunha			
				38 - 2º Nome: _____ CPF: _____		39 - Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/a pedido							
40 - Local e Data, _____ 03 DE DEZEMBRO DE 2019							
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)							
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)							
FPS.001 V002/2019							

NÃO AUTORIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHAS



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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO JOSE DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02191

CONTA: 000984680065-2

Nr. da Autenticação E7D233922BE91676



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 9

RECIFE PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



A§

CELPE

DADOS DO CLIENTE! IRAMAI LOPES DE MOURA	DATA DE VENCIMENTO 04/12/2019	DATA 27/ DATA 27/ NÚME 086
ENDEREÇO RUA FERA FERIDA 6 -CENTRO/CRUZ DE REBOUCAS -53620-123 IGARASSU PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 23,29	

PERÍODO CONSUMO 28/10/2019 a 27/11/2019	CONSUMO 48
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PA

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 7011272503	MÊS/ANO 11/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 23,29	VENCIMENTO 04/12/2019
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 10

00535014



SONIA MARIA LINS DE SOUZA
RALFREDO PRISPO DE CARVALHO NETO 338
CENTRO
53610-433 IGARASSU - PE

四

Postagem: 27/10/2015

Vencimento: 11/11/2019

Emissão: 26/10/2019

Próxima tarefa: 23/01/2011

Editor SONIA MARIA LINS DE SOUZA

Carbo 535B.XXXK.XXXX-0568

Entrada Aob Cráicas

—PREFACE.—
—THE AUTHOR.—
—THE PUBLISHER.—



RECIFE PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



A5

CELPE

DADOS DO CLIENTE!

IRAMAI LOPES DE MOURA

ENDEREÇO

RUA FERA FERIDA 6 -CENTRO/CRUZ DE REBOUCAS -53620-123 IGARASSU PE -

DATA DE VENCIMENTO

04/12/2019

DATA

27/

DATA

27/

NÚME

086

PERÍODO CONSUMO

28/10/2019 a 27/11/2019

CONSUMO

48

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PA

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7011272503

MÊS/ANO

11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 23,29

VENCIMENTO

04/12/2019

838800000003 232900110075 011272503105 144174267132



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 12



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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 032 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvíndia: 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/BIBLIOTECAWS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE INSPECIONAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HANSE LINDBERGHT CINS DE SOUZA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 042.760.234 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

EDUARDO JOSÉ DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 686.917.184 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima A MESMA

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

Declaro Profissão: _____ Rend.: _____ 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 ALFREDO PRIMO DE CARVALHO NELO</u>		Número:	<u>338</u>	Complemento:	<u>CASA</u>	
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>JCARASSU</u>	Estado:	<u>PE</u>	CEP:	<u>5260 933</u>
E-mail:	<u>RECUSA</u>		Tel.(DDD):	<u>81985492354</u>			

Local e Data: JCARASSU 03 DE DEZEMBRO DE 2019

Hanse Lindbergh Cins de Souza

Assinatura do Declarante

Atendimento: 1140027

Senha da Classificação:

0128

Data e Hora: 07/10/2019 19:27

Paciente: 207258 EDUARDO JOSE DE MELO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Branca

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Data do Nascimento: 27/07/1969 Idade: 50 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SEBASTIANA SEVERINA DE MELO

Nome do Pai: SEVERINO JOSE DE MELO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FERA FERIDA

6

Bairro: ENCANTO IGARASSU

Cidade/UF: IGARASSU

PE Cep: 53620123

Usuário Atendimento: MARIA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS: 7002099100042

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: 07/10/19 HORA: 15:33

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

-DON F+ PULMO (D) Há 3ds APÓS queda de muro
com dor + FALS VASO E URINA

EXAME FÍSICO:

Hemotoma / Agujas no pulmão (D)

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura da clavícula da ulna

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRX: Fratura traçoada estresse ulna

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

(1) DISCA LIVRE

(2) TALA Axino - Pulmão (D) *PF*

(3) DIPirona 5g + AD IV 6/6h 02:00 AM

(4) Profenito 100mg t3 02:00 AM.

(5) Colocar f- VASO li coxim

Médico / Cremep:

DR. Wagner Alhayd
Médico Ortopedista

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde

() Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremep:

CRM 18553 - TEOT 125





PERNAMBUCO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
IGARASSU

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO
IMIP

DATA: 07/10/19 HORA: 22:15

1. IDENTIFICAÇÃO

EDUARDO JOSE DE MELLO

Nome: _____
Procedência: _____

HISTÓRICO

Idade: 50 N° do atendimento: _____
Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura Umero

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
 () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normopigmentado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Arfítico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
 () EDEMAS () Face () Pélvica () MMSS () MMII () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Orientado () Desorientado () Inconsciente () Tonooso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
 () Olho esquerdo () Normais () Isocônicas () Anisocônicas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotossensibilidade

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITais

() Afibril () Febre T. AXILAR = ____ °C FR = ____ bpm Sat. 92% = ____ % () Eupneico () Dispnéico () Traqueostomia () Entubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuidos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC = ____ bpm
 PA = ____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia.
 () Parafônico LOCAL: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VD () Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tensão () Distendido () Globoso () Plano
 () Doloroso () Acicito () Gravidão EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia N° evacuações _____ Aspecto: () Normal
 () Mucoso () Líquido () Malaria () Odor fétido () Odor característico ÉMASE Aspecto: () Hematâmesa () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
 () Disúria () Hämaturia () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
 () AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
 Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta: _____ Para: _____ Aberto DUM: _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____





Evolução Clínica

Nome: Eduardo José Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Data/Hora	
08/10/19	Paciente inserido em convênio pernici
01:50	6:30 da noite. Paciente com dor de estomago e febre. Foi levado para a UPA de Igarassu. Lugar de convivência.
08/10/19 21:00h	Paciente evan e/ EZN LUNHO ESTERIL E N QUE NOS NO MANDOU J ELGUE SOS REPROSO E NOS EVITAMOS REPROSO DO TRABALHO. AO MDR. ANTONIO DA MELLO.
09/10/19	Paciente segue em observação ao H.
08:30	Inserido paciente em ambulatório da unidade. Com tcc. de enfermagem + acompanhante





Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 325810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que EDUARDO JOSE DE MELO compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10:

- Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).
- Necessitando de (30) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.
- Como acompanhante.
- Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

Juarez
DR. JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
Ortopedia e Cirurgia
CRM PE 15556/C
01/10/2019





Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10:

S52.2

CIRURGIA REALIZADA:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA URNA DIAFISE DIR
COM PLACA DCP 3,5MM E PARAFUSOS

EM 14/10/2019

MÉDICO CIRURGÃO:

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1- REALIZAR EXERCÍCIOS IMEDIATOS DE DEDOS; MARCAR FISIOTERAPIA MOTORA DA MÃO;
- 2- DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PEGUE PESO COM O LADO OPERADO,
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR —— (—) DIAS.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:23

DR. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 15595 / CRM-BR 17000
TEOTI-11981

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria: Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1a. via - Farmacia / 2a. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625628)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ————— 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

LIGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg) ————— 1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	
Órgão emissor:	
Endereço:	
Cidade:	PE: Assinatura do Farmacêutico
Telefone:	Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21

Dr. JUAREZ SEBASTIAN
Ortopedia e Cirurgia do Esporte
CRM-PE 15595 / CRM-SI 1794
TEOT: 11900

Dr. (e) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625678)

Admissão: 326810

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª. via - Farmacia / 2ª. via - Paciente

Identificação do Paciente: 326810

Nome: EDUARDO JOSE DE MELO (1625678)

Endereço: RUA FERA FERIDA - Bairro: CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU - PE

Prescrição:

CEFALEXINA 500MG ————— 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6H POR 7 DIAS

*LGICOD (paracetamol + fosfato de codeína 30+500mg)———1 cx 24 comprimidos

TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL, DE 12/12H SE DORES FORTES

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome:	
Identidade:	
Órgão emissor:	
Endereço:	
Cidade:	PE:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico

Data / /

JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

15595

14/10/2019

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 14/10/2019 as 16:21

DR. JUAREZ SEBASTIÃO
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PE 16665 / CRM-SA 17012
TEGT: 11264

Dr. (e) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200033051 Cidade: Ilha de Itamaracá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO Data do acidente: 06/10/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190679289 Cidade: Ilha de Itamaracá Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO Data do acidente: 06/10/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA URNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

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 SUPERIOR DIREITO.

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSÉ DE MELO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.317.184-04
ENDEREÇO: RUA FERIA FERIDA n: 06 CENTRO/CRUZADE RECUSAS
JANAUASSU/PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5962084 CPF: 042.760.034-30
ENDEREÇO: RUA ALFREDO PRISPO DE CARVALHO NELO n: 332
CENTRO - JANAUASSU/PE

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



Sumaré 17 de outubro 2019

Reconheço por autenticidade: EDUARDO JOSÉ DE MELO, do n. lha da
Namorada, 17/10/2019 às 10:55 am (01^º de outubro de 2019).
DIANE REGINA AMORIM DO NASCIMENTO
FETRANSP/SP/STT/01/2019.

E-mail: [R\\$3,39 TONI: R\\$ 0,80 FERD: R\\$ 2,40 IBI: R\\$ 0,10 FERB: R\\$ 0,04](mailto:R$3,39 TONI: R$ 0,80 FERD: R$ 2,40 IBI: R$ 0,10 FERB: R$ 0,04)
FIRME: R\$ 0,08 Total: R\$ 4,71. Boleto Digital:
0168518200951903.00392. Consulta autenticidade em:
<http://www.tce.sp.gov.br/boleto.html>

Eduardo José de Melo.

=Assinatura do Outorgante=

Por autenticidade



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: EDUARDO JOSÉ DE MELO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 50763100 CPF: 686.917-184-04
ENDEREÇO: RUA FERIA FERIDA N: 06 Centro/Currao/RN
SERRA/PE

OUTORGADO:

NOME: HANSE LINDBERGH LINS DE SOUZA
NACIONALIDADE: BRAZILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
IDENTIDADE: 5862054 CPF: 040.760.234-39
ENDERECO: RUA ALFREDO PRIMO DE CARVALHO NETO N° 338
CENTRO - JABUTI/PE

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

CARTORIO EDISIO UCH

3548859 17 de Agosto 2019

Reconheço her autoridade: EDUARDO JOSÉ DE MELLO, doa. M. lha da
Tenerife/PT, 17/12/2019 as 10:59 em 2019 de volta
DURKE REGINA ANDRIM DO NASCIMENTO
SEVERA (005771212650).

Empl.: R\$ 3,58 TABIC: R\$ 2,87 PERIC: R\$ 5,46 IBO: R\$ 6,10 PERIB: R\$ 6,04
PERIFER: R\$ 9,08 Total: R\$ 4,73, Básico Digital:
070651-82A889991902-0018C. Consulte autorizadora em
www.unicredit.com.br

-Assinatura do Outorgante-

For autenticidade



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028008/20

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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: 21/01/2020
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/09/2020 15:50:49
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092515504915900000067273135>
Número do documento: 20092515504915900000067273135

Num. 68593120 - Pág. 28

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434780/19

Vítima: EDUARDO JOSE DE MELO

CPF: 686.917.184-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/10/2019

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Titular do CPF: EDUARDO JOSE DE MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

EDUARDO JOSE DE MELO : 686.917.184-04

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: 05/12/2019
Nome: HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA
CPF: 042.760.234-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

HANSE LINDBERGHT LINS DE SOUZA

Steffany Caroliny Lins Veloso

