



Número: **0061953-30.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (AUTOR)		FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72377458	11/12/2020 10:26	ANEXO 1	Outros (Documento)



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CIBELY MONTEIRO DE MELO
MCID019P-10

CPF 080 295 814-16 NIS 18853343813

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

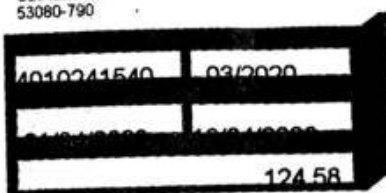
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SEXTENTA E DOIS 20 AP-202 GD
18 BL B - 4 ETAPA

RIO DOCE/OLINDA
OLINDA, PE
53080-790

101278559 ÚNICA 18/03/2020

25/03/2020 2002828307 2109812



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,13799624	4,13
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,23658498	16,55
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	85,9300000	0,35484747	30,49
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12898082	3,80
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21788107	15,23
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	85,9300000	0,32652181	28,05
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,44
Religação de Unidade Consumidora			7,88
ICMS - Subvenção Baixa Renda			1,34
Multa por atraso-NF 089656752 - 21/12/19			1,74
Juros por atraso-NF 089656752 - 21/12/19			1,58
Atualização IGPM-NF 089656752 - 21/12/19			0,27

TOTAL DA FATURA

124,58

ÍP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	ÍP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317286499	CAT	03/03/2020	2 480,00	18/03/2020	2 486,00	16	1,00000		186,00
317286498	CAT	01/03/2020	2 480,00	02/03/2020	2 480,00	1	1,00000		0,00
317286498	CAT	17/03/2020	2 480,00	01/03/2020	2 480,00	13	1,00000		0,00

Mês/ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Descrição de Energia	R\$	%
MAR 20 186	ICMS	25,00	24,58	Geração de Energia	32,05	32,81%
FEV 20 181	PIS	98,25	1,04	Transmissão	3,75	3,82%
JAN 20 159	COFINS	98,25	4,79	Distribuição (Celpe)	22,78	23,19%
DEZ 19 157				Perda de Energia	7,17	7,30%
NOV 19 152				Encargos Setoriais	2,22	2,26%
OUT 19 138				Tributos	30,28	30,82%
SET 19 92				Total	98,38	100%
AGO 19 99						
JUL 19 105						
JUN 19 57						
MAR 19 50						

Consumo-TUSD até 30 kWh	0,08545300
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18363200
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	0,24544800
Consumo-TE até 30 kWh	0,08783280
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,18057000
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	0,22888500



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUIZ CARLOS DE MELO FILHO	6 - Nº Prontuário	136496
7 - Cartão Nacional do SUS	705007827696150	8 - Data de Nascimento	09/07/1987
9 - Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RacaCor	03 - Parda
10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica		
11 - Nome da Mãe	ANDREA ARRUDA MONTEIRO	12 - Telefone de Contato	8198775321
13 - Nome Responsável	ANDREA	14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SESSENTA E DOIS, 602 - RIO DOCE		
16 - Município	IDA	17 - IBGE	260960
18 - UF	PE	19 - CEP	53040970

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE APRESENTANDO DOR INTENSA COM EDEMA E DEFORMIDADE EM REGIÃO DISTAL DA PERNA DIREITA + FERIMENTO		
21 - Condições que justificam a internação	AS MESMAS ACIMA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA		
24 - CID 10 Principal	S823	25 - CID 10 Secundário	V2000
26 - CID 10 Causas Associadas	0409050		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA			28 - Código do Procedimento	0408050608
29 - Especialidade	CIRÚRGICA	30 - Caracter de Atendimento	2	31 - Documento	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	980016278437533				
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	SORMANE DE CARVALHO BRITTO				
34 - Data da Solicitação	16/05/2020				
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	Andre Chaves de Miranda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 29416				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor		
48 - Documento	E260000001		
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	262010248317-4		
50 - Data da Autorização	262010248318-5		
51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	Adauto Lima Traumatologia / Ortopedia CRM-PE 15666		

Código do Laudo: 526411





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 526413

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

paciente:	LUIZ CARLOS DE MELO FILHO			Prontuário:	136496		
idade:	32a 10m 8d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	09/07/1987
profissão:				Escolaridade:			
C.G.: 6106120	C.P.F.: 06989980494	Telefone:	CEP 53040970				
endereço:	RUA SESSENTA E DOIS	, 602 - RIO DOCE	- OLINDA		- PE		
Dados da Internação							
Origem:	INTERNAÇÃO			Data e Hora da Internação:	16/05/2020 23:48		
Convênio:	SUS - INTERNAÇÃO			Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEN			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO		Leito: VERMELHO - LEITO 001
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						

DADOS DO RESPONSÁVEL

nome:	R.G.:	C.P.F.:
endereço:	Numero:	
telefone:	Cidade:	Estado civil:

05/06/2020
MADDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta:	20/05/20	Hora da Alta:	09:45		
motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Evasão
condições de Alta:	BOA				
Diagnóstico Principal.....:	ENTORSES E LUXAÇÃO DO JOELHO DEBILITADO				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	RSF; cur. Mols / Próf. Vals				

REVISADO
CCIH-HMA

João Marcelo Xavier
Médico
CRM- 17725 Médico e CRM:

Maria Mayana Ferreira da Silva.

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/05/2020 22:37

Nome Paciente: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 09/07/1987
Sexo: Masculino
Idade: 32
Senha: 0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

: 16/05/2020 22:40 - 16/05/2020 22:42

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1 HS, APRESENTANDO DOR E FERIMENTO EM
MID;
NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E ÊMESE
NEGA HAS, DM
ALERGIA A DIPIRONA

Medicamento(s): NEGA

Observação: TRAZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 84.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 96.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.40 °C

RE
NEP...IA

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2020 22:42

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Aviso de Cirurgia : 64662 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 136496 LUIZ CARLOS DE MELO FILHO Atendimento : 526413
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 228 VERMELHO - LEITO 001 Idade : 32 Anos
Dt. Inicio : 17/05/2020 01:25 Dt. Fim : 17/05/2020 02:40
Cid Pré-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO + REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR
TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
CIRURGIÃO: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA
2º AUXILIAR: DR ANDRE CHAVES
ANESTESISTA: DR FELIPE
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MID
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. ABORDAGEM DE FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DISTAL DE PERNA DIREITA. OBSERVADO PERDA IMPORTANTE DE BASTANCIA ÓSSEA
5. LIMPEZA COM SF 0,9% E DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. REDUÇÃO FECHADA E POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO. PERMANECENDO INSTABILIDADE IMPORTANTE NO FOCO DE FRATURA
7. VERIFICADA REDUÇÃO ACEITÁVEL PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. SUTURA COM NYLON 2-0
9. CURATIVO ESTÉRIL
10. VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Guilherme Borba Anselmo
Médico
CRM PE 27.749

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 64758 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 136496 LUIZ CARLOS DE MELO FILHO Atendimento : 526413
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 200 ORTO-502-LEITO 004 Idade : 32 Anos
Dt. início : 23/05/2020 18:10 Dt. Fim : 23/05/2020 20:15
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIÃO	19797	ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CIRURGIÃO	20671	ADAUTO TELINO DE MELO JUNIOR
ANESTESISTA	10487	SYLVIA MARIA VILELA LEITE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA + PARAFUSOS
CIRURGIÃO: DR ADAUTO TELINO
1º AUXILIAR: DR AYRON FERRAZ
2º AUXILIAR: DR IAN LACERDA
ANESTESISTA: DRA SYLVIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

ASSEPÇÃO E ANTISSEPÇÃO;

4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

5. INCISÃO DE PELE DE 6CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DISTAL AO FOCO DE FRATURA; INCISÃO DE PELE 4CM NO NA FACE MEDIAL DA PERNA(1/3 MEDIO)

6. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TIBIA;

7. FIXADO FRATURA COM PLACA 4,5 MM EM "T" 12 FUROS COM 04 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5 MM PROXIMALMETE AO FOCO DE FRATURA, 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTALMENTE AO FOCO

9. FIXADO MALÉOLO MEDIAL COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS

10. FIXADO TUBÉRCULO DE CHAPUT COM PARAFUSO CANULADO

11. INCISÃO DE PELE POSTEROLATERAL DE 6 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO DISTALMENTE AO FOCO DE FRATURA

12. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;

13. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FÍBULA;

14. APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 8 FUROS FIXADO PROXIMAMENTE 03 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM E DISTALMENTE COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5 MM;

15. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

16. LIMPEZA COM SF 0,9%;

17. SUTURA POR PLANOS;

18. CURATIVO ESTÉRIL

19. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Robson Diniz
Médico
CRMPE 29414

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DATA DE NASC.: 09/07/1987

NOME SOCIAL:

REGISTRO: 136496

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
16/05/2020	
23:28	ADMISSÃO
	QPD/HDA: FERIMENTO + DOR + EDEMA EM PERNA DIREITA APÓS COLISÃO CARROxMOTO
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO. NEGA DESMAIO OU VÔMITOS. SNC: ECG: 15 MID: APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM REGIÃO DISTAL. NV PRESERVADO.
	EXAMES DE IMAGEM: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
	CONDUTA: INTERNAMENTO + AO BLOCO
	André Cláudio de Miranda Ortopedia/Traumatologia CRM-PE: 29416
17/05/2020 02:50	#SOT # Paciente submetido a procedimento cirúrgico em internamento. #CD: A SL
	Guilherme Borja Assis Médico CRM-PE 27.749
18/05	#SOT # Paciente segue estável, consciente, orientado, eupneico, normoventilado, normotenso, normo glicêmico, sem distúrbios. CD: Solicitar novo Rx perna D com fixação externa + TAE perna (D).
	Renatha Fonseca Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22394
19/05	#SOT # HO: Fratura exposta de osso da perna (D) com fixação externa. P e S: estável, consciente, orientado, eupneico, normoventilado, normo glicêmico, sem distúrbios. MID: Edema +++/4+ Nega vômitos, febre. CD: Fisioterapia motora Aguarda med. analgésica
	Renatha Fonseca Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 22394





MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

NOME SOCIAL:

IDADE: 32 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 06/05/2020

DATA NASC.: 09/07/87

REG:136496

DATA DA ALTA: 25/5/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DISTAL DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 17/05/2020: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REDUÇÃO FECHADA E APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
- 213/05/2020: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA + PARAFUSOS EM TÍBIA DISTAL E MALEOLO LATERAL

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS SEM PISAR COM O MEMBRO OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO, AFEBRIL

FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA, SECA, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

João Marcelo Xavier

Médico

CRM 47.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482864020

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482864020

NOME
LUÍZ CARLOS DE MELO FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6106120 SSP PE

CPF
069.899.804-94

DATA NASCIMENTO
09/07/1987

FILIAÇÃO
LUÍZ CARLOS DE MELO
ANDREA ARRUDA MONTEIRO

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03747551264

VALIDADE
23/09/2021

1ª HABILITAÇÃO
15/12/2005

OBSERVAÇÕES
EAR

Luiz Carlos de Melo Filho
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
31/07/2017

Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

02012451001
PE080593716

PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200313008 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO **Data do acidente:** 16/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA.
P 2/4/5.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR
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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0245893/20

Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

CPF: 069.899.804-94

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 16/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO : 069.899.804-94

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: 01/09/2020
Nome: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
CPF: 069.899.804-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

MARIA ERICA ARAUJO COELHO





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, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200313008

Vítima: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

Data do Acidente: 16/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

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 16087167





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 069899804-94 3 - CPF da vítima: 069899804-94 4 - Nome completo da vítima: VIZ-CARLOS MELO FILHO

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

5 - Nome completo: VIZ-CARLOS MELO FILHO 6 - CPF: 069899804-94
7 - Profissão: MORTONISTA 8 - Endereço: RUA 62-00-18 Bloco B 9 - Número: 20 10 - Complemento: AP 202
11 - Bairro: RIO DOA 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53080-790
15 - E-mail: 819.9284.2398 16 - Tel. (DDD)

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO VOTORANTIM (655)

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 3285 188 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 28/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EE 003 1407/2010





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25
DIM/7ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115002040

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2020 às 10:54

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/5/2020 às 21:45

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASIL, 1 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - CEP: 53070-040
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

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

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANDREA ARRUDA MONTEIRO** Pai: **LUIZ CARLOS DE MELO** Data de Nascimento: **9/7/1989** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6106120/SDS/PE (RG). 06989980494 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA**
Endereço Residencial: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1023 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN9676 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2005/2005**

Descrição: **PROPRIEDADE DE BUENO VALENTIM ALVES DE LIMA**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA NESTE BO QUANDO UM VEÍCULO DE PLACA KHX-8321, UM I/VW SPACEFOX SPORTLINE VEIO A COLIDIR NA TRASEIRA DA MOTO QUE A VÍTIMA ESTAVA, VINDO ESTA A

27/08/2020 11:04



CAIR NO CHÃO E SER SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME ATENDIMENTO Nº 136496.

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

LUIZ CARLOS DE MELO FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: 220.926-8
(Liberado em 27/08/2020 às 11:04)



27/08/2020 11:04





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 069899804-94 3 - CPF da vítima: 069899804-94 4 - Nome completo da vítima: LUIZ CARLOS MELO FILHO

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

5 - Nome completo: LUIZ CARLOS MELO FILHO 6 - CPF: 069899804-94
7 - Profissão: MORTONISTA 8 - Endereço: RUA 62-00-18 Bloco B 9 - Número: 20 10 - Complemento: AP202
11 - Bairro: Rio Doce 12 - Cidade: OLINDA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53080-790
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 819-9284-2398

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0655 CONTA: 32851880
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OLINDA 28/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário declarante

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EE 003 1407/2010



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

A Nº 05.05.2020.
M: 21.05.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **LUIZ CARLOS DE MELO FILHO**,
RG Nº 6.106.120 SSP - PE, CPF Nº 069.899.804-94, declaramos que
baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 809573** do dia **16 de maio de 2020**,
foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
Paulista, por volta das 21hs e 18min, vítima de acidente com motocicleta, na
Avenida Brasil, S/N, Maranguape I - Paulista, nas proximidades do posto BR,
sendo em seguida removido para o hospital Miguel Arraes.

Carlos Augusto Sampaio
MHT 039608

Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/09/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DE MELO FILHO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000003285188-0

Nr. da Autenticação D13815E1F573423E

