

VALIDA EM TODOS OS TERREIROS NACIONAIS

5.633.938

28/06/2011

RECIFE - PE

ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>  
>> VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

DATA DE NASCIMENTO: 18/10/1979

CPF: 0030290 72 OLINDA-PE

028.456.664-58

ASSINATURA: ALCENE GOMES DA SILVA

CPF: 0098345-0

LEI Nº 7.180 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

28/06/2011

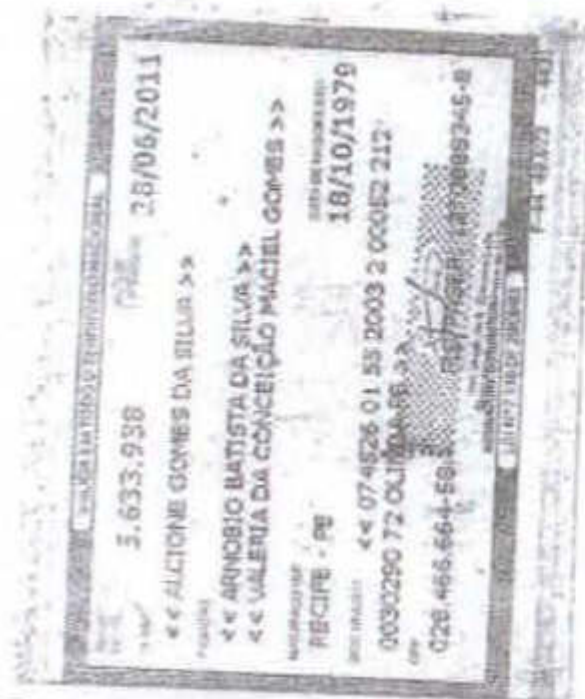
ALCENE GOMES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA: ALCENE GOMES DA SILVA

CPF: 0098345-0





05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2011

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

REPUBLICA DE BRASILEIA

ENCARGADO DE EMBAIXADA

MINISTERIO DE ASSUNTOS EXTERIORES

REPUBLICA DE BRASILEIA

ENCARGADO DE EMBAIXADA

MINISTERIO DE ASSUNTOS EXTERIORES

974.679

<< JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO >>

<< ANTONIO MACIEL MONTEIRO >>

<< HISELINA TAVARES MACIEL >>

02/02/1950

RECIFE - PE

<< 148981 01 55 1977 2 00007 144

0003591 44 RECIFE-PE >>

172.134.334-34

José TAVARES Maciel Monteiro

03/05/2010

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

5.633.938 18/06/2011

<< ALICIONE GOMES DA SILVA >>

<< ARNÓBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALÉRIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

RECIFE - PE 18/10/1979

0030290 72 OLIMPIA-PE

028.465.664-50.1

ALICIONE GOMES DA SILVA

RECIFE - PE

18/10/1979

0030290 72 OLIMPIA-PE

028.465.664-50.1

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2019

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180584060 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM EDEMA RESIDUAL E MARCHA DIFÍCIL, UTILIZANDO DE APOIO DE 2 MULETAS.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS, DEGENERAÇÃO ARTICULAR COM PREJUÍZO FUNCIONAL DA MARCHA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Luiz de Lima Casanova Neto

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

A

LIDER SEGURADORA

SINISTRO: 31 80 24 5862

CPF: 172.114.334-34

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

CARTA PARA ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO, CON-  
FORME COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E  
PROCURAÇÃO ENVIADA.

FAVOR ATUALIZAR COM URGÊNCIA,  
PA LIBERAR A MINHA PERÍCIA DPVAT.

MUITO GRATO!

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

05.802.494/0001-41  
TAVARES SEGURADORA  
DE SEGUROS LTDA

05/11/2019

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

A

LIDER SEGURADORA

SINISTRO: 3180245862

CPF: 172.114.334-34

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

CARTA PARA ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO, CON-  
FORME COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E  
PROCURAÇÃO ENVIADA.

FAVOR ATUALIZAR COM URGÊNCIA,  
PA LIBERAR A MINHA VEÍCULA DVAT.

MUITO GRATO!

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORES  
DE SEGUROS LTDA

02 III 279

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

A

LIDERSEGURADORA

SINISTRO: 3) 80 24 5862

CPF: 172.114.334-34

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

CARTA PARA ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO, CON-  
FORME COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E  
PROCURAÇÃO ENVIADA.

FAVOR ATUALIZAR COM URGÊNCIA,  
PA LIBERAR A MINHA VEÍCULA DPVAT.

MUITO GRATO!

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

• JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180584060 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA, DESBRIDAMENTO E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** &SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180584060 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO **Data do acidente:** 16/01/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM EDEMA RESIDUAL E MARCHA DIFÍCIL, UTILIZANDO DE APOIO DE 2 MULETAS.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS, DEGENERAÇÃO ARTICULAR COM PREJUÍZO FUNCIONAL DA MARCHA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Luiz de Lima Casanova Neto

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Tavares Maciel Monteiro  
brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: Secretaria  
portador(a) do RG nº: 974.679, órgão expedidor: SSP, inscrito (a)  
no CPF sob o nº: 172114334-34, residente na  
Rua da Carolina 50 Pira D'agua  
cidade: Olinda, Estado: Pe, CEP: 532100150  
telefone: 985607433 / 9811-3480  
email: \_\_\_\_\_

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 21 de Março de 20 18

DOCUMENTO  
ORIGINAL

JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141002011**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/06/2018** às **11:24**

Complementa o BO Número: **18E2141000918**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2018** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1960 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974679/SDS/PE (RG), 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 988113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
LTD

10 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

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

### Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N°2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. OS DADOS DA MOTOCICLETA, BEM COMO DO CONDUTOR, SÃO DESCONHECIDOS, NÃO FORAM ANOTADOS, IMPOSSIBILITANDO A INSERÇÃO DOS DADOS DO VEÍCULO, HAJA VISTA QUE NÃO CONSEGUIU LOCALIZAR O CONDUTOR RESPONSÁVEL PELO ACIDENTE.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matrícula: **209234-4**



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

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

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Tavares Maciel Monteiro  
 brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: Secretário  
 portador(a) do RG nº.: 974.679, órgão expedidor: SSP, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº.: 172114334-34, residente na  
Rua da Carolina 50 Caixa D'agua  
 cidade: Olinda, Estado: Pe, CEP: 53.910-150  
 telefone: 985607433 / 9811-3480  
 email: \_\_\_\_\_

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no  
 CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof.  
 Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

TITULO OUTORGADA  
 DE SECURITATE

05 III 2019

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber  
 correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do  
 sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes  
 ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à  
 SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e  
 documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 21 de Março de 20 18

DOCUMENTO  
 ORIGINAL

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Tavares Maciel Monteiro  
 brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: Santa Muira  
 portador(a) do RG nº: 974.619, órgão expedidor: SSP, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº: 172114334-34, residente na  
Rua da Carolina 50 Praia D'água  
 cidade: Olinda, Estado: Pe, CEP: 539100150  
 telefone: 985607433 / 9811 3480  
 email: \_\_\_\_\_

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas à Lider DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 21 de Março de 2018

DOCUMENTO  
ORIGINAL

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



05.802.494/0001-41  
 TRACÇÃO CORRÊTORA  
 DE SEGURANÇA LTDA

02 OUT 2019

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

# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Tavares Maciel Monteiro  
 brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: Seguro Viagem  
 portador(a) do RG nº: 974.699, órgão expedidor: SSP, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº: 172114334-34, residente na  
Rua da Carolina 50 Praia D'água  
 cidade: Olinda, Estado: Pe, CEP: 539109150  
 telefone: 985607433 / 98811-3480  
 email: \_\_\_\_\_

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938, com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

Olinda, 21 de Março de 2018

JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Tavares Maciel Monteiro  
 brasileiro (a), estado civil: divorciado, profissão: Soma Seguro  
 portador(a) do RG nº.: 974.674, órgão expedidor: SSP, inscrito (a)  
 no CPF sob o nº.: 172114334-34, residente na  
Rua da Carolina 50 Bairro V'agua  
 cidade: Olinda, Estado: Pe, CEP: 53210150  
 telefone: 985601433 / 988113480  
 email: \_\_\_\_\_

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 5.633938; com endereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE. CEP: 53.230.010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas à Lider DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

Olinda, 21 de Março de 2018

DOCUMENTO  
ORIGINAL

JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360914/18

**Número do Sinistro:** 3180459225

**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

**CPF:** 172.114.334-34

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 16/01/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO : 172.114.334-34**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360914/18

**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

**CPF:** 172.114.334-34

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 16/01/2018

**Titular do CPF:** JOSE TAVARES MACIEL  
MONTEIRO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

### JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO : 172.114.334-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448655/18

**Vítima:** JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

**CPF:** 172.114.334-34

**Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

**Data do acidente:** 16/01/2018

**Titular do CPF:** JOSE TAVARES MACIEL  
MONTEIRO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

### JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO : 172.114.334-34

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA  
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

---

**Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180584060**

**Vítima: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO**

**Data do Acidente: 16/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180584060**

**Vítima: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO**

**Data do Acidente: 16/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180584060

Vítima: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Data do Acidente: 16/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000006298-7

Conta: 000006931-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

NR do acidente no BQ: 179.114.334-34 CTR da vítima: 179.114.334-34 Nome completo da vítima: Jose Tavares Maciel Monteiro

RESUMO DE INFORMAÇÕES LÍQUIDAS E LÍQUIDAS DE MENOR MENOR (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍVILIDADE Nº 40/2012

Nome completo: Jose Tavares Maciel Monteiro CPF: 179.114.334-34

Profissão: Aposentado Endereço: R. da Carolina Número: 50 Complemento:

Bairro: Coixa da água Cidade: Olinda Estado: PE CEP: 53.210-150

E-mail:  Tel./DDD: 81-98488.7131

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

**RENTA MENSAL:**

☒ RENTIA MENSAL ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 6298 CONTA: 0006931

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

Assinar a Seguradora Líder e creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, conforme o valor 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.

## 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.

Fato 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 me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia do direito de contestar, caso discordo do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grav de Parentesco com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração dos artigos 170 do Código Penal.

Local e Data: Recife, 03 de Abril 2019 TESTEMUNHAS: 05.802.494/0001-41

Nome:  TRACÇÃO CORRETORA

CPF:  DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 17 APR 2019

2º Nome: Boa Vista, Nº 175, SL 902 BL C

CPF: Boa Vista - CEP: 50.060-017

RECIFE-PE

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Assinatura do Procurador (se houver): Alcione Gomes da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver):

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204 ou 0800-221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou AIA:

CNPJ da Vítima:

Nome completo da vítima:

132.114.334-94

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO</b>		CNPJ titular da conta <b>132.114.334-94</b>	Profissão <b>SERGENTE</b>
Endereço <b>RUA TENENTE PADILHA</b>	Número <b>81</b>	Complemento	
Bairro <b>PAIÇA D'ÁGUA</b>	Cidade <b>OLINDA</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>53210-260</b>
E-mail		Telefone (DDD) <b>(71) 94845-5388</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPEIRA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRABCO (127) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO <b>Banco Bradesco</b>	
AGÊNCIA NÚMERO	CVV NÚMERO	AGÊNCIA NÚMERO	CVV NÚMERO
<b>0006931</b>	<b>0</b>	<b>0006931</b>	<b>0</b>

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

Olinda, 24 de Abril de 2019

Lugar e Data

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2019

Rua da Aurora, 111 175, 51 902 BL. C  
Rio Vista - CEP: 50.060-010

REC-116

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 17/05/2018 Hora: 12:17  
Term: 880209 N.Trans: 7115

Valor: 10,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 0298 / CASA CAIXA-CELINDA

Conta: 0000091-0

Titular I: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sabados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia util subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talão de cheque em segundos.  
Seu pedir no balcão,  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 0383

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0039  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvinte - 0800 727 0993  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
08 as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

02 011 2018

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

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180584060  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Tavares Maciel Monteiro  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Tenente Padilha, 81  
Caixa D'água Olinda PE CEP: 53210-260  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 974679  
Data local do acidente: [ 16/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 26/12/2018 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO HÍBRIDO COM REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO.**  
**Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E PREJUÍZO DA MARCHA**  
**Data da Alta: 06/06/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM EDEMA RESIDUAL E MARCHA DIFÍCIL, UTILIZANDO DE APOIO DE 2 MULETAS.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT FUNCIONAL GLOBAL MODERADO AO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO POR PREJUÍZO DIRETO AO DESLOCAMENTO/MARCHA.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |  |  |
|--|--|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):<br/><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000918**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2018** às **14:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2018** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D AGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL ( NOTICIANTE )  
JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1960 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D AGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974679/SDS/PE (RG), 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: 988113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N°2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS DADOS DA MOTOCICLETA, BEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **OZINALDO SEVERINO DA SILVA** - Matrícula: 209234-4



Bandeira do  
Estado



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 122ª CIRCUNSCRIÇÃO - FEIRA NOVA  
DP122ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0212000263**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2018** às  
**19:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **8/4/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FEIRA NOVA, 01, SÍTIO  
PITOMBEIRA - Bairro: CENTRO - FEIRA NOVA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE )  
JOSE FERNANDO DA SILVA (VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **10/05/2018 11:37**  
JOSE FERNANDO DA SILVA

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

**JOSE FERNANDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
DA CONCEIÇÃO SILVA Pai: MANOEL JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 23/3/1968**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA CLEIDE MARIA DE SANTANA, 785, PROX FATIMA DA COXINHA**  
- CEP: 5 - Bairro: **CENTRO - FEIRA NOVA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA NXR / BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE  
FERNANDO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE FERNANDO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT4344 (PERNAMBUCO/RECIFE)** Chassi: **8C2KD6210FR420942**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2016**  
Descrição: **MOTOCICLETA PLACA PDT4344 ANO 2015/2016, COR PRETA, EM NOME DE  
JOSE FERNANDO DA SILVA**

Complemento / Observação

O SR. JOSE FERNANDO COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA OITO DE ABRIL DO PRESENTE ANO ESTAVA TRANSITANDO NA ZONA RURAL, INTERMEDIACOES DO SÍTIO PITOMBEIRA EM SUA MOTOCICLETA, QUANDO AO CHEGAR EM CURVA FECHADA SE DEPAROU COM UM CARRO EM SENTIDO OPOSTO E SE ASSUSTOU PENSANDO QUE ESTAVA PERTO DE MAIS DO OUTRO VEICULO E QUE IRIAM COLIDIR DE FRENTE ENTÃO PUXOU A MOTOCICLETA PARA OUTRA DIREÇÃO E ASSIM PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SE ACIDENTOU SAINDO DA ESTRADA E CAINDO NOS PEDREGULHOS AS MARGENS DA VIA. QUE ESTAVA DE CAPACETE MAS ESTE SE MOVEU E MACHUCOU SUA CABEÇA, FOI SOCORRIDO POR UM POPULAR QUE AO VÊ-LO ACIDENTADO NA ESTRADA O SOCORREU AO HOSPITAL MUNICIPAL DE FEIRA NOVA DE ONDE FOI TRANSFERIDO AO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE.

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

*Jose Fernando da Silva*  
JOSE FERNANDO DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: TASSIA CINTIA NASCIMENTO PINHEIRO - Matrícula: 2869793



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141000918

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2018 às 14:37

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 16/1/2018 às 08:10

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISSELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISSELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974679/SDS/PE (RG) 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: 988113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTÓCOLO DE ATENDIMENTO N° 2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS DADOS DA MOTOCICLETA, BEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Ângela Tavares Maciel*  
MARIA ÂNGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-4



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11 JUL 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141000918**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2018** às **14:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2018** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 MAR 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 55060-010  
RECIFE-PE



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1960 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974679-SDS/PE (RG), 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Professor APOSENTADO Telefones Celulares: - 968113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N° 2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS OS DADOS DA MOTOCICLETA, SEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-4



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000918**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2018** às **14:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2018** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CAMITO DE MELO, 61, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL.**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2018

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**



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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **HISBELINA TAVARES MACIEL** Pai: **ANTONIO MACIEL MONTEIRO** Data de Nascimento: **26/10/1980** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residência: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

**JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **HISBELINA TAVARES MACIEL** Pai: **ANTONIO MACIEL MONTEIRO** Data de Nascimento: **2/2/1950** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **974678/SOS/PE (RG), 17211433434 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **APOSENTADO** Telefone Celular: **988113486**

Endereço Residência: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL.**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2019, POR VOLTA DA OSM.10MIN., A VITIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VITIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTDCOLA DE ATENDIMENTO N° 2018APH000278) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 06/02/2019. A NOTICIANTE RELATA QUE OS OS DADOS DA MOTOCICLETA, SEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrada por: OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-9



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 MAR 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141000918

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DE 7 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 51.060-010  
RECIFE-PE

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2018 às 14:37

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 15/1/2018 às 08:10

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR - AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(s) Sr(a) - DESCONECIDO

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

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

MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Não: HISELINA TAVARES MACIEL Fil: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não: HISELINA TAVARES MACIEL Fil: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 22/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 974579-505-PE (RG) 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(a) Profissão: APOSENTADO Titular de Celular: - 888113480

Endereço Residencial: RUA CAROLINA, 59, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): DESCONECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a) DESCONECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO Data apreensão: Não Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

## Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA CEN. 10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N° 2018APH000273) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS OS DADOS DA MOTOCICLETA, SEM CONDIÇÃO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

S.O. registrado por: GZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234-4



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: **18E2141000918**

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2018** às **14:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **16/1/2018** às **08:10**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 01, PRÓXIMO AO MERCADINHO CAIXA D'ÁGUA - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (NOTICIANTE)  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

**MARIA ANGELA TAVARES MACIEL (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 26/10/1960 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA TENENTE PADILHA, 81, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CAIXA D'ÁGUA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HISEBELINA TAVARES MACIEL Pai: ANTONIO MACIEL MONTEIRO Data de Nascimento: 2/2/1950 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 974679/SDS/PE (RG), 17211433434 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: -988113480**

Endereço Residencial: **RUA CAROLINA, 50, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

15/03/2018 14:

Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA 16/01/2018, POR VOLTA DA 08H.10MIN., A VÍTIMA, SEU IRMÃO, JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO, FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA, NA ESTRADA DE CAIXA D'ÁGUA, EM OLINDA, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A VIA. ELA RELATA QUE, EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, INCLUSIVE FRATURAS EXPOSTAS NA PERNA. INFORMA, AINDA, QUE, TANTO O CONDUTOR DA MOTOCICLETA QUANTO A PASSAGEIRA QUE ESTAVA DE CARONA, TAMBÉM SOFRERAM LESÕES E FORAM SOCORRIDOS POR VIATURAS DO SAMU QUE LEVOU O CONDUTOR PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, E A PASSAGEIRA PARA UPA-CIDADE TABAJARA. JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO N°2018APH000275) QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO, FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E RECEBEU ALTA MÉDICA NO DIA 05/02/2018. A NOTICIANTE RELATA QUE OS OS DADOS DA MOTOCICLETA, BEM COMO DO CONDUTOR, NÃO FORAM ANOTADOS.

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

*Maria Angela Tavares Maciel*  
MARIA ANGELA TAVARES MACIEL  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: OZINALDO SEVERINO DA SILVA - Matrícula: 209234



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CPF da Vítima

172.114.334-34

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CPF do Representante Legal

172.114.334-34

E-mail

Telefone (DDD)

(81) 998955388

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Blinda 24 de Abril de 2018.

Local e Data

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (0800 0221 204 ou 0800 0221 208) exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CPF da Vítima

172.114.334-34

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CPF do Representante Legal

172.114.334-34

Assinatura

(80) 998955388

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Boa Vista, 24 de Abril de 2018.

Local e Data

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Faça mais exclusões, acresce o site <http://www.segurosdelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 0321208 (exclusões para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome completo da Vítima

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CNPJ da Vítima

172.114.334-34

Data do Acidente

16/01/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

JOSE TAVARES M. MONTEIRO

CNPJ do Representante Legal

172.114.334-34

Inscrição Estadual

080998955388

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS ITDA

12 DEZ 2017

Boa Vista, 24 de Abril de 2018

Lugar e Data

Boa Vista, Nº 175, SL 902 BL. E  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

JOSE TAVARES MARCEL MONTEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH000275 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA ANGELA TAVARES MACIEL, 57 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 1997018 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 448.813.634-68, residente à RUA TEN PADILHA, nº 81, , CAIXA D'ÁGUA, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/01/2018, por volta das 07:33 hs, no endereço: AV. LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1339, CAIXA D' ÁGUA OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito sob o CPF nº 172.114.334-34 e Registro Geral nº 974679, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 920761. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/03/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site*  
*<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000275*



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000275 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARIA ANGELA TAVARES MACIEL, 57 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 1997018 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 448.813.634-68, residente à RUA TEN PADILHA, nº 81, CAIXA D'ÁGUA, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/01/2018, por volta das 07:33 hs, no endereço: AV. LEOPOLDINO CANUTO DE MELO, 1339, CAIXA D'ÁGUA OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito sob o CPF nº 172.114.334-34 e Registro Geral nº 974679, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 920761. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DF7 2018

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

Posição em 15/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site  
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000275

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 06.358.773/0001-44

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

26/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06298-7

CONTA: 000000006931-0

Nr. Autenticação

BRDESCO260420190500000000023706298000000006931472500 PAGO

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

RG nº 974.649, data de expedição 03/05/10 Órgão ITB/PE

CPF nº 172.144.334-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA TENENTE PADILHA</u>
Número	<u>81</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MAIXA D'ÁGUA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53210-260</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99895-5388</u>
E-mail	<u>98488-4131</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 25 Abril 2018.

Assinatura do Declarante: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO



Título Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 26/04/02

## NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, São Vito, Recife, Pernambuco - CEP 52050-902  
CNPJ 15.833.802/0001-08 | Ins. Est. 0009843-03 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE  
ROSELIANA LAVAREZ MACIEL  
MCI0718604ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
ROSELIANA LAVAREZ MACIEL

CPF: 373.866.294-72

CAIXA D'AGUIVILINDA  
CLINDA PE  
53210-260CLASSIFICAÇÃO  
DE RESIDÊNCIA  
RESIDENCIAL  
MonofásicoDATA DE VENCIMENTO  
02/03/2018DATA DE PAGAMENTO  
16/03/2018

0359957020	02/2018
02/03/2018	16/03/2018
TODAS PÁGINAS	
217,20	

## DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abonijado	300.0000000	0.88974684
Contribuição Suministro Público		200.82
ICMS Subvenção CDE NF 002579124-19/12/17		11.76
Multa por atraso NF 002481094 - 19/01/18		1.81
Juros por atraso NF 002481094 - 19/01/18		4.40
Atualização IOPM NF 002481094 - 19/01/18		0.39
Compensação DMC 13/17		0.16
		-1.69

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ar

068-43557029-9

09/Mar/2018

HORA DE 12:11:35

LOT, 15,82928-4

LOCALIDADE: RECIFE

AB, VINCLADA: 0045

TERM 005247

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 217,20

838300000020 172000110084

559957020106 135548488730

068-43557029-9

18-VIA

Este documento é uma cópia eletrônica do documento original. Para obter o documento original, consulte o site da Caixa Econômica Federal. Este documento não pode ser usado para fins de comprovação de pagamento. Consulte o site da Caixa Econômica Federal para mais informações.

DISTRIBUIÇÃO DE PAGAMENTO DE INTERCOMUNICAÇÃO

NÚMERO DE PAGAMENTO

Número de pagamento

Viajar pelo Brasil é sempre bom. E com benefício especial do Vivo Valoriza na Avis fica ainda melhor.



Aluguel de carro maior (grupo C\*) por preço de veículo menor (grupo A)

Promoção válida para reservas feitas entre os dias 01/12/2017 e 28/02/2018.

Aproveite e confira também vantagens para locações internacionais.  
Acesse [www.avis.com.br/partencia/avis-vivo-valoriza](http://www.avis.com.br/partencia/avis-vivo-valoriza)

[illegible]

de desconto na  
reserva de carros e  
mais 3 benefícios  
para você.



AVIS



**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

### CYCLODIPHE RESULTS

ALCIONE GOMES DA SILVA  
RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES 473  
VILA POPULAR  
53230-010 OLINDA PE



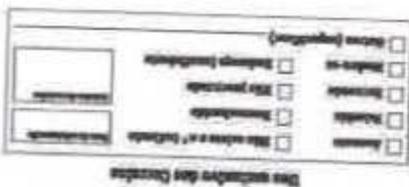
Vencimento  
08/01/2018

Consulte-se na Cesta  
Online. Saiba mais.



Radon e l'aria da 100 metri sopra  
[www.italia.it](http://www.italia.it)

*John J. Warner*



© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc. For more information, contact The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020-1345.

Alinda não possui o Vivo Protegido  
Ligue 103 15 e contrate.

Planos a partir de R\$ 9,90.



> **Segurança Online** protege  
 e-mails, arquivos, fotos e  
 documentos de ataques  
 de vírus e spyware  
 > **Wi-Fi Seguro** protege  
 as conexões sem fio  
 > **Rede segura** protege  
 o acesso à Internet  
 > **Filme Online** permite  
 assistir filmes e vídeos

É só contratar e contar com um pacote completo de serviços.

**Mais espaço para seus arquivos. Mais segurança para você.**



AVENIDA PRINCE CARLOS - KM 1397 - SAO JOAO DO PATO PE  
 CEP: 55040-000 Fone: (081) 0800 081 DIVE  
 Inversão Estadual: 15.1.001.001289-2  
 CNPJ: 08.749.015/0001-64  
 Qualidade da Água: www.compessa.com.br

Nº Documento: 20180540311141

Recritório: PRIMEIROS

# FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

INFORMAÇÕES

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

R CAROLINA, N. 00050 - ÁGUAS COMEÇADAS OLINDA PE 53160-458

INSCRIÇÃO: 734.320.035.0252.000

GRUPO: 14

Matrícula:

06911116.1

05/2018-9

orção des. Automático: 06911116.1

Resumo

Resumo para leitura

ETAPAS DO LIGADO	ETAPAS DO POTENCIAL	RECURSOS	QUANTIDADE DE RECURSOS CONSUMIDOS	INDICADOR	VALOR
RECURSOS AL18057843	DATA LEIT. AUTOMÁTICA 10/05/2018	DATA LEIT. ATUAL 09/06/2018		FEIO DE CONSUMO DE REAL /	
ÁGUA LEIT. ANT.: 111 LEIT. ATUAL: 320 LEIT. PAT.: 320	CONSUMO: 9	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. PAT.:		VOLUME: 0	
INDICADORES DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO	PARÂMETROS	RELA. PELA PORT. DE 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENÇÃO A LEGISLAÇÃO	
04/2018 3/	TURBIDIDADE	76	76	74	
02/2018 5/	CON. APARENTE	76	76	71	
02/2018 8/	COLOR. RESIDUAL	76	76	63	
01/2018 5/	COLORIMETROS TOTAIS	76	76	65	
12/2017 1/	E. C. 11	76	76	75	
11/2017 4/	OBSERVAÇÕES:				
MÉDIA 5/ 8	(1) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (3) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (4) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (5) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (6) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (7) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (8) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (9) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (10) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (11) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (12) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (13) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (14) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (15) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (16) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (17) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (18) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (19) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (20) CONSUMO DE ÁGUA AUMENTA EM 114 DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.				

## CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 04/2018

JUROS DE MORA 02/2018

2 M3

8,40

0,16

0,08

05.802.484/0001-41

TRATAMENTO DE ÁGUA

DE SEC. 175, 51.902 BL. C

05 JUL 2018

Rua da Aurora, 175, 51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

RES	8,40	1,55	0,14
ESGOTO	8,40	1,55	0,14

TOTAL A PAGAR:

8,89

VENCIMENTO: 20/06/2018

DIGA NÃO AO TRABALHO INFANTIL DEDUÇÃO DESPESA 100

Exatidão em:

03/07/2018

Valor por: IMPRESSO



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810165

**Arpe** Agência de Planejamento e Permutação

0800-2813844

Matrícula:

06911116.1

05/2018-9

TOTAL A PAGAR:

8,89

VENCIMENTO: 20/06/2018

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRORG nº 944.649, data de expedição 03/05/10 Órgão DTB/PECPF nº 112.144.334-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA TENENTE PADILHA</u>
Número	<u>81</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MAIA D'ÁGUA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53210-260</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99895-5388</u>
E-mail	<u>98488-4131</u>

Por ser verdade, firmo-me.

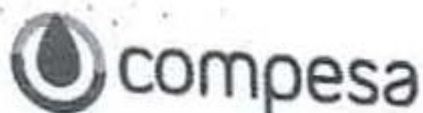
Local e Data: Olinda, 25 Abril 2018.Assinatura do Declarante: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2018

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







AVENIDA CRUZ CABUGA - IM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 031 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 05.729.035/0001-62  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 70180868111161

Escritório: PRIXINHOS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO  
R. CANDOLINA, N. 00000 - CAIXA D'ÁGUA OLÍMPIA DE 53160-555  
INSCRIÇÃO: 734.320.035.0752.000

GRUPO: 18

OPÇÃO DEB. AUTOMÁTICO: 06811116.1

06811116.1

08/2018-3

LIGADO	POTENCIAL	VALOR DEB. AUTOMÁTICO	VALOR DEB. AUTOMÁTICO
1130057962	09/08/2018	11/08/2018	REAL 7

ÁGUA  
LEIT. ANT.: 330  
LEIT. ATUAL: 343  
LEIT. FAT.: 343

ESGOTO  
LEIT. ANT.:  
LEIT. ATUAL:  
LEIT. FAT.:

CONSUMO: 17

VOLUME: 8

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO

DATA	CONSUMO
07/2018	58
08/2018	61
09/2018	61
10/2018	61
11/2018	61
12/2018	61
01/2019	61
02/2019	61
03/2019	61
04/2019	61
05/2019	61
06/2019	61
07/2019	61
08/2019	61
09/2019	61
10/2019	61
11/2019	61
12/2019	61
01/2020	61
02/2020	61
03/2020	61
04/2020	61
05/2020	61
06/2020	61
07/2020	61
08/2020	61
09/2020	61
10/2020	61
11/2020	61
12/2020	61
01/2021	61
02/2021	61
03/2021	61
04/2021	61
05/2021	61
06/2021	61
07/2021	61
08/2021	61
09/2021	61
10/2021	61
11/2021	61
12/2021	61
01/2022	61
02/2022	61
03/2022	61
04/2022	61
05/2022	61
06/2022	61
07/2022	61
08/2022	61
09/2022	61
10/2022	61
11/2022	61
12/2022	61
01/2023	61
02/2023	61
03/2023	61
04/2023	61
05/2023	61
06/2023	61
07/2023	61
08/2023	61
09/2023	61
10/2023	61
11/2023	61
12/2023	61
01/2024	61
02/2024	61
03/2024	61
04/2024	61
05/2024	61
06/2024	61
07/2024	61
08/2024	61
09/2024	61
10/2024	61
11/2024	61
12/2024	61
01/2025	61
02/2025	61
03/2025	61
04/2025	61
05/2025	61
06/2025	61
07/2025	61
08/2025	61
09/2025	61
10/2025	61
11/2025	61
12/2025	61
01/2026	61
02/2026	61
03/2026	61
04/2026	61
05/2026	61
06/2026	61
07/2026	61
08/2026	61
09/2026	61
10/2026	61
11/2026	61
12/2026	61
01/2027	61
02/2027	61
03/2027	61
04/2027	61
05/2027	61
06/2027	61
07/2027	61
08/2027	61
09/2027	61
10/2027	61
11/2027	61
12/2027	61
01/2028	61
02/2028	61
03/2028	61
04/2028	61
05/2028	61
06/2028	61
07/2028	61
08/2028	61
09/2028	61
10/2028	61
11/2028	61
12/2028	61
01/2029	61
02/2029	61
03/2029	61
04/2029	61
05/2029	61
06/2029	61
07/2029	61
08/2029	61
09/2029	61
10/2029	61
11/2029	61
12/2029	61
01/2030	61
02/2030	61
03/2030	61
04/2030	61
05/2030	61
06/2030	61
07/2030	61
08/2030	61
09/2030	61
10/2030	61
11/2030	61
12/2030	61
01/2031	61
02/2031	61
03/2031	61
04/2031	61
05/2031	61
06/2031	61
07/2031	61
08/2031	61
09/2031	61
10/2031	61
11/2031	61
12/2031	61
01/2032	61
02/2032	61
03/2032	61
04/2032	61
05/2032	61
06/2032	61
07/2032	61
08/2032	61
09/2032	61
10/2032	61
11/2032	61
12/2032	61
01/2033	61
02/2033	61
03/2033	61
04/2033	61
05/2033	61
06/2033	61
07/2033	61
08/2033	61
09/2033	61
10/2033	61
11/2033	61
12/2033	61
01/2034	61
02/2034	61
03/2034	61
04/2034	61
05/2034	61
06/2034	61
07/2034	61
08/2034	61
09/2034	61
10/2034	61
11/2034	61
12/2034	61
01/2035	61
02/2035	61
03/2035	61
04/2035	61
05/2035	61
06/2035	61
07/2035	61
08/2035	61
09/2035	61
10/2035	61
11/2035	61
12/2035	61
01/2036	61
02/2036	61
03/2036	61
04/2036	61
05/2036	61
06/2036	61
07/2036	61
08/2036	61
09/2036	61
10/2036	61
11/2036	61
12/2036	61
01/2037	61
02/2037	61
03/2037	61
04/2037	61
05/2037	61
06/2037	61
07/2037	61
08/2037	61
09/2037	61
10/2037	61
11/2037	61
12/2037	61
01/2038	61
02/2038	61
03/2038	61
04/2038	61
05/2038	61
06/2038	61
07/2038	61
08/2038	61
09/2038	61
10/2038	61
11/2038	61
12/2038	61
01/2039	61
02/2039	61
03/2039	61
04/2039	61
05/2039	61
06/2039	61
07/2039	61
08/2039	61
09/2039	61
10/2039	61
11/2039	61
12/2039	61
01/2040	61
02/2040	61
03/2040	61
04/2040	61
05/2040	61
06/2040	61
07/2040	61
08/2040	61
09/2040	61
10/2040	61
11/2040	61
12/2040	61
01/2041	61
02/2041	61
03/2041	61
04/2041	61
05/2041	61
06/2041	61
07/2041	61
08/2041	61
09/2041	61
10/2041	61
11/2041	61
12/2041	61
01/2042	61
02/2042	61
03/2042	61
04/2042	61
05/2042	61
06/2042	61
07/2042	61
08/2042	61
09/2042	61
10/2042	61
11/2042	61
12/2042	61
01/2043	61
02/2043	61
03/2043	61
04/2043	61
05/2043	61
06/2043	61
07/2043	61
08/2043	61
09/2043	61
10/2043	61
11/2043	61
12/2043	61
01/2044	61
02/2044	61
03/2044	61
04/2044	61
05/2044	61
06/2044	61
07/2044	61
08/2044	61
09/2044	61
10/2044	61
11/2044	61
12/2044	61
01/2045	61
02/2045	61
03/2045	61
04/2045	61
05/2045	61
06/2045	61
07/2045	61
08/2045	61
09/2045	61
10/2045	61
11/2045	61
12/2045	61
01/2046	61
02/2046	61
03/2046	61
04/2046	61
05/2046	61
06/2046	61
07/2046	61
08/2046	61
09/2046	61
10/2046	61
11/2046	61
12/2046	61
01/2047	61
02/2047	61
03/2047	61
04/2047	61
05/2047	61
06/2047	61
07/2047	61
08/2047	61
09/2047	61
10/2047	61
11/2047	61
12/2047	61
01/2048	61
02/2048	61
03/2048	61
04/2048	61
05/2048	61
06/2048	61
07/2048	61
08/2048	61
09/2048	61
10/2048	61
11/2048	61
12/2048	61
01/2049	61
02/2049	61
03/2049	61
04/2049	61
05/2049	61
06/2049	61
07/2049	61
08/2049	61
09/2049	61
10/2049	61
11/2049	61
12/2049	61
01/2050	61
02/2050	61
03/2050	61
04/2050	61
05/2050	61
06/2050	61
07/2050	61
08/2050	61
09/2050	61
10/2050	61
11/2050	61
12/2050	61
01/2051	61
02/2051	61
03/2051	61
04/2051	61
05/2051	61
06/2051	61
07/2051	61
08/2051	61
09/2051	61
10/2051	61
11/2051	61
12/2051	61
01/2052	61
02/2052	61
03/2052	61
04/2052	61
05/2052	61
06/2052	61
07/2052	61
08/2052	61
09/2052	61
10/2052	61
11/2052	61
12/2052	61
01/2053	61
02/2053	61
03/2053	61
04/2053	61
05/2053	61
06/2053	61
07/2053	61
08/2053	61
09/2053	61
10/2053	61
11/2053	61
12/2053	61
01/2054	61
02/2054	61
03/2054	61
04/2054	61
05/2054	61
06/2054	61
07/2054	61
08/2054	61
09/2054	61
10/2054	61
11/2054	61
12/2054	61
01/2055	61
02/2055	61
03/2055	61
04/2055	61
05/2055	61
06/2055	61
07/2055	61
08/2055	61
09/2055	61
10/2055	61
11/2055	61
12/2055	61
01/2056	61
02/2056	61
03/2056	61
04/2056	61
05/2056	61
06/2056	61
07/2056	61
08/2056	61
09/2056	61
10/2056	61
11/2056	61
12/2056	61
01/2057	61
02/2057	61
03/2057	61
04/2057	61
05/2057	61
06/2057	61
07/2057	61
08/2057	61
09/2057	61
10/2057	61
11/2057	61
12/2057	61
01/2058	61
02/2058	61
03/2058	61
04/2058	61
05/2058	61
06/2058	61
07/2058	61
08/2058	61
09/2058	61
10/2058	61
11/2058	61
12/2058	61
01/2059	61
02/2059	61
03/2059	61
04/2059	61
05/2059	61
06/2059	61
07/2059	61
08/2059	61
09/2059	61
10/2059	61
11/2059	61
12/2059	61
01/2060	61
02/2	

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

RG nº 944.649, data de expedição 03/05/10 Órgão 4TB/PE

CPF nº 112.144.334-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA TENENTE PADILHA</u>
Número	<u>81</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>BAIXA DA GUÁ</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53210-260</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99895-5388</u>
E-mail	<u>98488-4131</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 25 Abril 2018.

Assinatura do Declarante: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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



Companhia Energética de Pernambuco

Av. João de Barros, 171, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51000-000  
CNPJ 06.802.494/0001-41 | Ins. Est. 20.00005-00 | www.celpe.com.br

PARCELA QUINTE  
NOME: J. F. FERREIRA MACIEL  
MCIOTSPMA

POSSESSOR DE ENERGIA CONSUMIDORA

CPF: 073.866.284-03

CASA D'AGUIA, 604  
OLINDA-PE  
51210-000

CLASSIFICAÇÃO  
BENEFICÍARIO  
RESIDENCIAL  
NÃO COMERCIAL

PERÍODO DE FATORAÇÃO: 01/01/2018 a 31/03/2018

PERÍODO DE FATORAÇÃO: 01/01/2018 a 31/03/2018

0659057020	02/2018
02/03/2018	18/03/2018
TOTAL A PAGAR: R\$ 217,20	

DESCRIÇÃO DA DESPESA	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Consumo Residencial	200,00 kWh	R\$ 1,09	R\$ 218,00
Contribuição de Energia Social			R\$ 11,70
IMC - Contribuição IMC - R\$ 0,00000000 - 10/12/17			R\$ 1,87
IMC - Contribuição IMC - R\$ 0,00000000 - 10/12/17			R\$ 4,00
Juros por atraso - R\$ 0,00000000 - 10/12/17			R\$ 0,04
Multa por atraso - R\$ 0,00000000 - 10/12/17			R\$ 0,00
Contribuição IMC - R\$ 0,00000000 - 10/12/17			R\$ 1,88

**Loterias CAIXA**

CAIXA FIDUCIÁRIA FERRAS

QUINHO Sorteios de sorteio: 1818 a 1819, 1820

000-43257020-9

01/Mar/2018

1818 OF: 12-1117

LOT: 15-82928-4

LOCALIDADE: RECIFE

NO. VINCULADA: 0045

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
DELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 217,20

838300000020 170000110000

550957020180 135504000000

000-43257020-9

1ª VIA

**Loterias CAIXA**

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusão para pessoas com deficiência auditiva)

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF 028.466.664, 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 142.114.334, 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 142.114.334, 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO- ME Renda: RECUSO- ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES</u>		Número <u>473</u>	Complemento
Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55230-010</u>	
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 999955388</u>		Telefone celular (DDD) <u>(81) 98489-7131</u>	

Olinda 24 de abril de 2018.

Local e Data

Alcione Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221204 ou 0800 231206) (exclusivo para pessoas com deficiência e idosos)

**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

\* Superintendência de Seguros Privados - SUSEP órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

\* Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA, inscrita (a) no CPF 028.466.664, 58  
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito  
 (a) no CPF sob o nº 142.114.384, 54, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o nº 142.114.384, 54, conforme  
 determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECURSO - ME, Renda: RECURSO - ME e apresento os documentos comprobatórios

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número		Complemento
<u>AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES</u>	<u>473</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CPF
<u>VILA ADULAR</u>	<u>OLINDA</u>	<u>PE</u>	<u>53230-010</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
<u>(011) 94994553-88</u>		<u>(011) 91488-7191</u>	

Olinda 24 de Abril de 2018.  
 Local e data

Alcione Gomes da Silva  
 Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA

02.111.711

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 1  
 Boa Vista - CEP: 50.060-010  
 RECIFE-PE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0321204 ou 0800 221206) (excluídas para pessoas com deficiência ou autismo)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento desta 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, multas, exatuar e monitorar as ocorrências sujeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA, inscrita (a) no CPF nº 028.466.664, 58 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o nº 142.114.334, 34 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o nº 142.114.334, 34, conforme determinação de Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO - ME Renda: RECUSO - ME 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	CEP	Complemento
<u>AV. PROF. AGAMENON MAGALHÃES</u>	<u>443</u>	
<u>VILA APOCALAR</u>	<u>RE</u>	<u>35.230-010</u>
Cidade	Telefone (comunicação)	
<u>OLINDA</u>	<u>(011) 949953388</u>	
E-mail	Telefone celular (COAF)	
	<u>(011) 93489-7131</u>	

Olinda 24 de Abril de 2018

Alcione Gomes da Silva  
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
12 DEZ 2018  
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO	PRONTUÁRIO: 581232	ATENDIMENTO: 00920935
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1950	FOI ATENDIDO EM: 16/01/2018 Às 08:43	
	DATA DA ALTA: 05/02/2018 ÀS 16:39	

### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, RESULTANDO EM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.  
CID 10: S.82

### Tratamento Realizado:

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUDO A TUBO EM 25/01/18

### Observação:

ATE + ANALGESIA PARA CASA  
AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

### Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. WELLINGTON BRUM

Dr. José Dias O. Neto  
Médico  
CRM-PE 10.876

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº 10676

Recife, 05, FEVEREIRO, 2018

### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

### Receituário Controle Especial

#### Identificação do emitente

NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE
		UF: PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG  
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

40CP

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias D. Neto  
Médico  
CRM-PE 10.676

Assinatura do médico/carimbo

#### Identificação do Comprador

#### Identificação do Fornecedor

Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Assinatura do Farmacêutico

Data:

**Receituário Controle Especial**

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:

PLETO:

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO

CRM:

10676

UF

PE

NÚMERO:

S/N

Endereço:

AV. AGAMENON MAGALHÃES

BAIRRO:

DERBY

FONE:

3181-5400

CIDADE:

RECIFE

UF:

PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG

40CP

TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias de Neto  
Médico  
CRM-PE 10.676

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:

### Receituário Controle Especial

#### Identificação do emitente

NOME COMPLETO:

PLETO:  
JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO

CRM:

10676

UF:

PE

NÚMERO:

S/N

Endereço:

AV. AGAMENON MAGALHÃES

BAIRRO:

DERBY

FONE:

3181-5400

CIDADE:

RECIFE

UF:

PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- DÍPIRONA 1G

TOMAR 01CP, 6/6H, SE DOR

01CX

2- PACO 30MG

TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

01CX

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias O. Neto

Médico  
CRM-PE 10.876

Assinatura do médico/carimbo

#### Identificação do Comprador

Nome:

Identidade:

Órgão Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

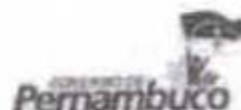
#### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO	PRONTUÁRIO: 581232	ATENDIMENTO: 00920935
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1950	FOI ATENDIDO EM: 16/01/2018 ÀS 08:43	
	DATA DA ALTA: 05/02/2018 ÀS 16:39	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, RESULTANDO EM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.  
C3110-5-82

#### Tratamento Realizado:

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUDO A TURO EM 25/01/18

#### Observação:

ATB + ANALGESIA PARA CASA  
AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

#### Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. WELLINGTON BRUM

Dr. José Dias O. Neto  
Médico  
CRM-PE 16.876

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: 16.876

Recife, 05, FEVEREIRO, 2018

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se à conservação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 MIT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 2  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

**Receituário Controle Especial**

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:		CRM:	
NOME:		10676	
JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO			
UF:	NÚMERO:	Endereço:	
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:	UF:
DERBY	3181-5400	RECIFE	PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA


Prescrição:

USO ORAL

1 - CEFALOXINA 500MG  
TOMAR 61CP, 6/8H, POR 10 DIAS

40CP

Data: 05/02/2018

  
Dr. José Dias de Oliveira Neto  
Médico  
CRM-PE 10676  
Assinatura do médico-carimbo

Identificação do Comprador

Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico
Data:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Roa Vista - CEP: 50.063-010  
RECIFE-PE

**Recetário Controle Especial**

Identificação do emitente

NOME COMPLETO: NOME: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES
Bairro: DERBY	fone: 3181-5400	CIDADE: RECIFE
		UF: PE

Paciente:  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:  
RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG 40CP  
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

Data: 05/02/2018

Assinatura do médico/cartão

Identificação do Comprador	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Farmacêutico
Assinatura do Farmacêutico
Data:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

02/01/2018

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

Av. Agamenon Magalhães, 5/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

**Receituário Controle Especial**

Identificação do emissor

NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		CRM: 10676
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE
		UF: PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- DIFIRONA 1G ..... 01CX  
TOMAR 01CP, 4/8H, SE DOR

2- PACO 30MG ..... 01CX  
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias J. Neto

CRM-PB 10.876

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Laboratório

Razão:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Farmacêutico


Assinatura do Farmacêutico
Data:

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

02 MAR 2018

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400


 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECETUÁRIO MÉDICO <b>PERNAMBUCO</b>	
Paciente: <u>João Soares</u>	Registro: _____
Clinica: <u>Urologia</u>	Bordado Enfermeira: _____
<p>Soluto:</p> <p>Frutose - 20mg</p> <p>(Cinefrase)</p> <p>HD e Frutose comu- do frutose expura</p> <p><i>[Signature]</i> 20/07/18</p>	
Data: <u>11</u>	Ass. Carimbo Médico CREMEPE

COD. 0340

05.802.397/0001-11  
 TRACAD MARKETING  
 DE SERVIÇOS LTDA  
 02-000 2014

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

Lauze Medice

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECETUÁRIO MÉDICO <b>PERNAMBUCO</b>	
Paciente: _____	Registro: _____
Clinica: _____	Bordado Enfermeira: _____
<p>O paciente João Soares          uroel manteve eucetose          com frutose comu-          do frutose expura.</p> <p>Ainda com dor a          ingesta. Inu-          frutose.</p> <p>Eucetose se em trabalho          frutose, ainda          sua presença para o          término do tratamento.</p> <p><i>[Signature]</i> 20/08/18</p> <p>20/08/18</p>	
Data: <u>11</u>	Ass. Carimbo Médico CREMEPE

COD. 0340



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
SERVIÇO DE NEUROLOGIA

Pernambuco

### Laudos Médicos

Declaro que o paciente JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Registro: 581232

Cartão SUS:

ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE SERVIÇO, AOS CUIDADOS DA ORTOPEdia, EM PÓS-OPERATÓRIO AINDA SEM PREVISÃO DE ALTA E SEM POSSIBILIDADE DE DEAMBULAÇÃO, DEPENDE DOS CUIDADOS DE SUA IRMÃ, TEREZINHA DE JESUS TAVARES MACIEL (CPF: 373.666.374-91), COMO ACOMPANHANTE E PARA ATIVIDADES SOCIAIS.

CID: S824 + S932

DATA: 29/01/2018

Dr. José Vinícius G. dos Santos  
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516  
MÉDICO/CRM

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.010-010  
RECIFE-PE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

**R****HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Central de Agendamento Ambulatorial

**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**

## Informações do Atendimento

Consulta.....: 07/03/2018 13:30Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 389 - WELLINGTON JOSE BRUM  
Agenda.....: 39861

OK

## Informações do Paciente

Paciente.....: 581232 Same.....: 568255  
Nome.....: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 985607433 / Celular: () - Nasc.....: 02/02/1950  
Endereço.....: RUA DA CAROLINA, 50 - CAIXA D'AGUA - OLINDA - PE - Cep: 53210150  
Cidade.....: OLINDA

Agendado por: VANDERSONASH

07/03/18 - Doi na perna Esq. após ac. de trânsito  
em Av 18. (sic)  
No momento com fixador externo  
perna E-  
card - Solicito Rx controle.

28/05/18 - Visto Rx:

HD - Fratura não consolidada  
1/3 distal fíbula Esquerda.  
card. Deixando unidos

Dr. Wellington José Brum  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 5404

Dr. Wellington José Brum  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 5404

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOR  
DE SEGUROS LTDA.

02 JUL 2018

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

**R**

**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
**Central de Agendamento Ambulatorial**  
**COMPROVANTE DE AGENDAMENTO**



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 28/03/2018 13:30Hr  
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
Médico.....: 389 - WELLINGTON JOSE BRUM  
Agenda.....: 39857

OK

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 581232  
Nome.....: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 985607433 / Celular: () -  
Endereço.....: RUA DA CAROLINA, 50 - CAIXA D'AGUA - OLINDA - PE - Cep: 53210150  
Cidade.....: OLINDA

Same.....: 568255

Nasc.....: 02/02/1950

Agendado por: RANIELLERASN

05.802.494/0001-41  
THIAGO CORRETOIRA  
DE SEGUROS LTDA

02/03/2019

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

Nome: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO  
Idade: 68 Sexo: M  
Médico: ADA OLIVEIRA ALMEIDA  
Procedência: SUS - AMBULATORIO

Pedido: 422009  
Data do Pedido: 16/01/2018 14:42:00  
Data do Laudo:  
Atendimento: 920761

**RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA**

-Status pós-cirúrgico observando-se estruturas de fixação metálica estendendo-se do terço proximal ao terço distal da perna esquerda. Há sinais de fratura na diáfise distal da fíbula com desvio lateral do fragmento inferior. Assinala-se também sinais de fratura possivelmente cominutiva do maléolo medial.  
-Identifica-se sinais de osteoporose difusa.  
-Parece haver redução do espaço articular tibio-talar medial.  
-Presença de calcificações vasculares.

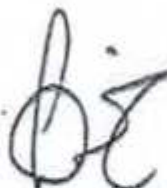
Comentários: exames anteriores não fornecidos para avaliação comparativa, não sendo possível determinar a estabilidade destes achados ou melhor interpretá-los.

Laudo revisado por Dra. Adonis Manzella CRM 7588

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

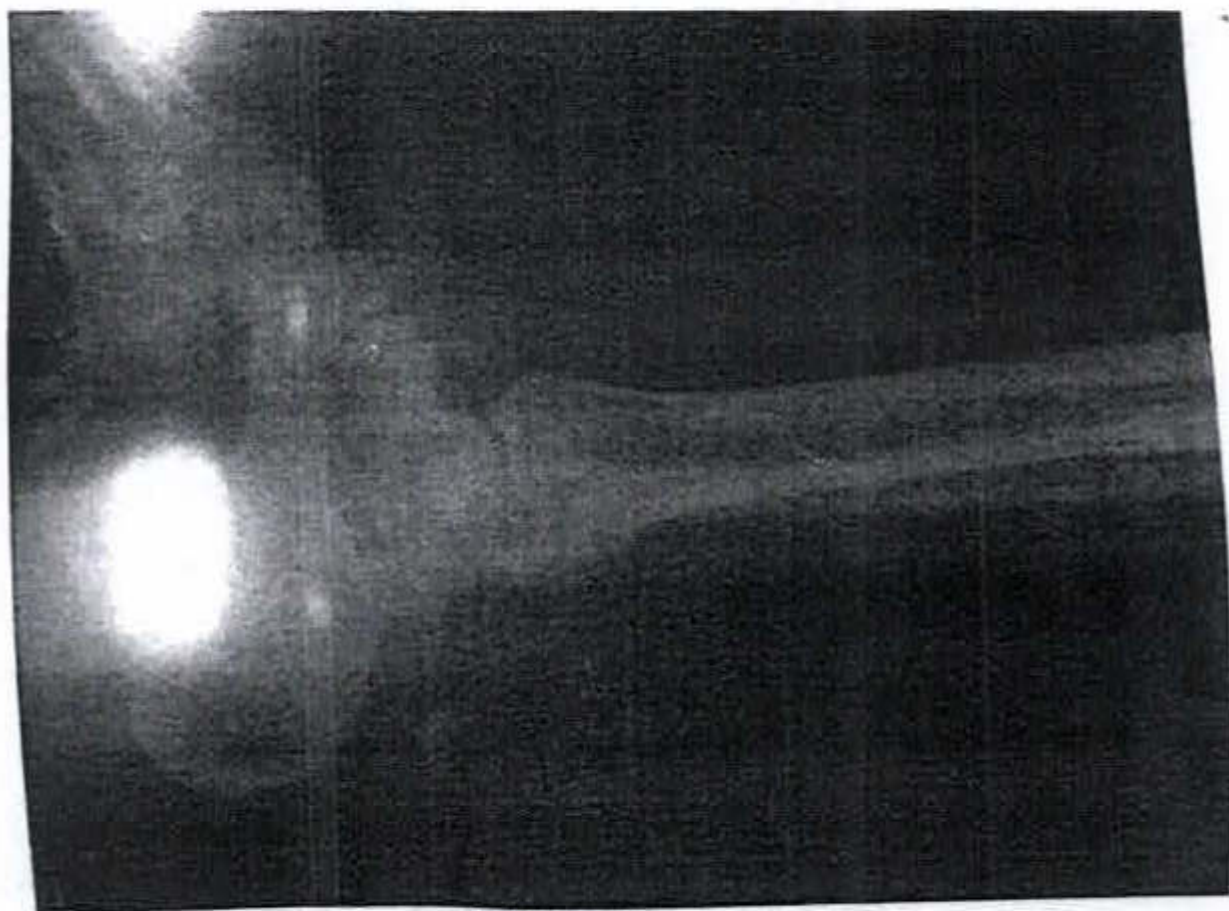
02 JAN 2018

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



LUIZ GONZAGA DO NASCIMENTO NETO

2629  
CRMPE 26629



DE SEGUROS LTDA

02 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 51021-200

Scanned with CamScanner

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO	PRONTUÁRIO: 581232	ATENDIMENTO: 00920935
DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1950	FOI ATENDIDO EM: 16/01/2018 ÀS 08:43	
	DATA DA ALTA: 05/02/2018 ÀS 18:39	

#### Diagnóstico Provável:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, RESULTANDO EM FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.  
CID10: S.82

#### Tratamento Realizado:

REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUDO A TUBO EM 25/01/18

#### Observação:

ATE + ANALGESIA PARA CASA  
AFASTAMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

#### Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. WELLINGTON BRUM

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: 16210678

Dr. José Dias O. Neto  
Médico  
CRM: 16210678

Recife, 05, FEVEREIRO, 2018

#### ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação do atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 51.040-110  
RECIFE-PE

### Recetário Controle Especial

Identificação do emitente

NOME COMPLETO:		CRM:
P. L. T. S.		10676
JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO		
UF:	NÚMERO:	Endereço:
PE	S/N	AV. AGAMENON MAGALHÃES
BAIRRO:	FONE:	CIDADE:
DERBY	3181-5400	RECIFE
		UF:
		PE

Paciente:

JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:

RUA DA CAROLINA

Prescrição:

USO ORAL

1- CEFALOXINA 500MG  
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

40CP

Data: 05/02/2018

Assinatura do médico/carimbo

Dr. José Carlos Neto  
Médico  
CRM-PE 10.676

Identificação do Comprador

Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Farmacêutico

Assinatura do Farmacêutico
Data:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3181-5400

**Receituário Controle Especial**

Identificação do emissor

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
 PRETO: \_\_\_\_\_ 10678  
 JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO  
 UF: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 PE: \_\_\_\_\_ S/N: \_\_\_\_\_ AV. AGAMENON MAGALHÃES  
 BARRIO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 DERBY 3181-5400 RECIFE PE

Paciente:  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:  
RUA DA CAROLINA

Prescrição:  
USO ORAL

1 - CEFALOXINA 500MG  
TOMAR 01CP, 6/6H, POR 10 DIAS

40CP

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias de Mota  
Médico  
CRM 10678

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador

Nome: \_\_\_\_\_  
 Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2019

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

### Receituário Controle Especial

Identificação do paciente			
NOME COMPLETO: PLETO: JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO			CRM: 10676
UF: PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE

Paciente:  
JOSE TAVARES MACIEL MONTEIRO

Endereço paciente:  
RUA DA CAROLINA

Prescrição:  
USO ORAL

1- DIFERONA 1G \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR

2- PACO 30MG \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01CP, 8/8H, SE DOR INTENSA

Data: 05/02/2018

Dr. José Dias O. Neto  
CRM 10676  
Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Farmacêutico	
Nome:	
Identidade:	Órgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data:	

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12 DEZ 2018

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

Laudo Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO


Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

O paciente José  
taucios Meuel Almeida  
é portador de artrose  
grave no tornozelo  
esquerdo devido a  
sequela de fratura.  
Apresenta dor crônica  
e limitação de pleto  
extensão do tornozelo.  
Necessita deambular com  
muletas. Esta sequela  
é definitiva  
CID M192

  
23/11/18

Romário Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11114

05.802.494/0003-71  
TRACÇÃO COORDENADORA  
DE SEGURANÇA

17/07/2018

Rua da Aurora, 1755 - 5º andar  
Boa Vista - CEP: 51040-000  
Recife - PE

Data:   /  /  

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

974.679

03/05/2010

&lt;&lt; JOSÉ TAVARES MACIEL MONTEIRO &gt;&gt;

&lt;&lt; ANTONIO MACIEL MONTEIRO &gt;&gt;

&lt;&lt; HISBELINA TAVARES MACIEL &gt;&gt;

RECIFE - PE

02/02/1950

&lt;&lt; 148981 01 55 1977 2 00007 144

0003591 44 RECIFE-PE &gt;&gt;

172.114.334-34

F-39 18.101 - 4321