
Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nº Sinistro: 3180217894

Vitima: ELIEL MENEZES DA MOTA

Data do Acidente: 01/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180217894**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Nº Sinistro: **3180217894**
Vitima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Data do Acidente: **01/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180217894**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

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

Sinistro: **3180217894**

Vítima: **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180217894** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta n°: 12992845

A/C: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nº Sinistro: 3180217894
Vitima: ELIEL MENEZES DA MOTA
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ELIEL MENEZES DA MOTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002546

Conta: 0000017745-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180217894**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JACOB PINTO DE FREITAS nº 264 - CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7668858 - SSP**

Data e local do acidente: **01/02/2018 IGARASSU/PE**

Data e local do exame: **12/06/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TIBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS POR 15 DIAS SEGUIDO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

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

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

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

076.199.024-06

Nome completo da vítima

ELIEL MENEZES DA MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ELIEL MENEZES DA MOTA	076.199.024-06	Reforma
Endereço	Número	Complemento
RUA JACOB PINTO DE FREITAS	264	A
Bairro	Cidade	Estado
PONT DE REBOUÇAS	JAGUARIÚNA	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
REFORMA	53625-222	(81) 98577-2697

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N°: **2546** DV: **5** CONTA N°: **17745** DV: **4**

(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ NIRE _____
AGÊNCIA N°: _____ DV: _____ CONTA N°: _____ DV: _____
(Informar digito se existir) (Informar digito se existir)

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

164MASU(Pe) 03 de 05 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-43
TRIACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

94 XXXX 2018
Rua da Aurora, N° 175, SJ. RIO 2 BL. C
Baixa Vista - CEP: 50.060-010
REFIRE, RC



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-4
TRÍCIAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
REGISTRADA
ABR-2010
CNPJ 11.111.111/0001-11
RUA DA ALEGRIA, N° 175, SL. 902-A
BARRA DA Tijuca - CEP: 26.060-010
RJ - BRASIL
FONE/FAX: (21) 2550-0110
E-MAIL: CORRETOR@GMAIL.COM.BR
RECEPCIONE: PF

objeto da Ocorrência

17/04/2018 09:04

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 033^ª CIRCUNSCRICAO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33^ªCIRC DIM/0^ªDESEC

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 18E0123000696

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Objeto (Conselho que
 aconteceu no dia 17/04/2018 no período da Manhã - Delegacia de Polícia de Cruz de Reboças)

Feito ocorrido no endereço: AVENIDA BARAO DE VIEIRA QUAREMELINHO
 CRUZ DE REBOUÇAS - Igarassu/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
 ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
 ELIEL MENEZES DA MOTA (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (usado na geração da ocorrência), que estava em circulação.
 UM ELEMENTO DESCONHECIDO
 VEICULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse dela(s).
 ELIEL MENEZES DA MOTA

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nbr.
 LINHAGURA DE MENEZES SANGON DA MOTA Pm: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de
 Nascimento: 13/12/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 294 - CEP: 5 - Bairro: Igarassu/PERNAMBUCO/BRASIL, ACADEMIA BOA FORMA

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BLC
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo:
 Desconhecido Pm: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nbr.
 DESC Pm: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

UMA MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): ALTILO BEZERRA DOS
 SANTOS, que estava em posse do(s) Sr(s): ELIEL MENEZES DA MOTA
 Causa/Motivo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto

DOCUMENTO
 ORIGINAL

de 1

E:\IC\Users\ED37\appdata\local\temp\03Previes.htm

jotcom de Ocorrência

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

UM CAMINHAO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a); UM ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a); UM ELEMENTO DESCONHECIDO
 Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO
 Aeronóide: NÃO
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHAO CONDUZIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO ALBARROU EM SUA MOTOCICLETA, PROSTANOO O MESMO AO SOLO, COM A QUEDA A VITIMA TEVE UM FRAUTURA EXPOSTA NA TIBIA DA Perna ESQUERDA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARREDES.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade:

ELIEL MENEZES DA MOTA
 (VITIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DE CRUZ DE RÉBOACAS

**DOCUMENTO
ORIGINAL**

05.802.494/0001-4
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS ITA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-4
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS ITA
 12 MAR 2018
 RECITE DE
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECITE DE

05.802.494/0001-4
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECITE DE



05.802.494/0001-4
TRACAO CURRENCA
DE SEGUROS LTDA

24 MAIO 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl-902 Bl. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
R.F.C.P.E.

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123000885**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/05/2018** às **14:21**

Complementa o BO Número: **18E0123000696**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **1/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 1** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (NOTICIANTE)
ELIEL MENEZES DA MOTA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDINAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA** Pai: **ELIAS FERREIRA DA MOTA** Data de Nascimento: **12/12/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 264 - CEP: 0 - Bairro: - IGARASSU/PERNAMBUCO /BRASIL, ACADEMIA BOA FORMA**

UM ELEMENTO DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESC** Pai: **DESC**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ALTILO BEZERRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESC** Pai: **DESC**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

UMA MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALTILO BEZERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

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

UM CAMINHAO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UM ELEMENTO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHAO CONDUZIDO POR UM ELEMENTO DESCONHECIDO ALBARROU EM SUA MOTOCICLETA, PROSTANDO O MESMO AO SOLO, COM A QUEDA A VITIMA TEVE UM FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DA PERNA SEQUERDA. EM SEGUIDA OMESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

**ELIEL MENEZES DA MOTA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **BARTOLOMEO BELTRÃO DE FARIAS FILHO** - Matrícula: **3847306**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETO/A
DE SEGURANÇA ITDA

24 MAIO 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ELIEL MENEZES DA MOTA

PF da vítima

076.193.024-06

Data do Acidente

01/03/2013

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaro, sob a pena 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), MINHA VÉZ QUE:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 o Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) 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 Lider 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 de seu conteúdo.

36 ANASSO 17 de *Abril* de *2013*

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2013
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 56.060-010

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02546

CONTA: 00000017745-4

Nr. da Autenticação 92ABF683489E3F52

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMARACÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

ILHA DE ITAMARACÁ, 08 DE FEVEREIRO DE 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que a senhor ELIEL MENEZES DA MOTA, 28 anos, Identidade: 7.668.858SSP-PE foi atendida pelo SAMU Itamaracá no dia 01/02/2018 às 20:42 horas ocorrência: S.434344, vítima de colisão caminhão com moto. Local do acidente: Avenida Barrão de Vera Cruz- Cruz de Rebouças - Igarassu

A ser examinada pelo socorrista, paciente encontra-se consciente, orientada, eupneico, com Fratura exposta na Tibia e Fíbula do lado esquerdo.

Paciente encaminhada para o Hospital Miguel Arraes.

Marcia Gonzaga de Oliveira

Coordenação do SAMU de Itamaracá

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

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

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

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
ALFÔNIO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvintes: 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELIEL MENEZES DA MOTA

CPF: 076.189.024-88

NIS: 21210738682

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JACOB PINTO DE FREITAS 264 - APTO 101

CRUZ DE REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS, N° 175, SL 902 BL 1 C

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

03/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

113,53

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

25/04/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

25/04/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

014526125

CONTA CONTRATO

007014588480

Nº DO CLIENTE

2012955586

Nº DA INSTALAÇÃO

0005885790

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS

Monofásico

RESERVADO AO FISCO

2A72.5D65.B917.7AE3.4EEA.D1ED.2839.AFC4

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,22774278	6,83
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,38041620	27,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,68862430	70,27
Consumo Ativo superior a 220 kWh	6,00	0,68869367	4,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 003141995-25/01/18			0,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 007022825-23/02/18			1,09
Multa por atraso-NF 007022825 - 23/02/18			2,25
Juros por atraso-NF 007022825 - 23/02/18			0,90
Atualização IGP-M - NF 007022825 - 23/02/18			0,06
TOTAL DA FATURA			113,53

INFORMAÇÕES DE TRIBUTO AUTOMÁTICO

ICMS	PIS	Rua Vista - CEP: 50.060-010	COFINS
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
108,32	25,00	27,08	108,32

ICMS

PIS

COFINS

BASE DE CÁLCULO

VALOR DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO

VALOR DO IMPOSTO

Comunicar-se o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s).

Vencido	Ex. Reav.	Valor
03/04/18	28/04/18	121,80

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SÊCASA, com obrigatoriedade nacional. Este comunicado não substitui o débito de débitos anteriores nem como pão abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo até 30 kWh	0,78415700
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,28141200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43221500
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,48902000
ABR 18	226
MAR 18	238
FEV 18	232
JAN 18	204
DEZ 17	146
NOV 17	166
DUT 17	154
SET 17	155
AGO 17	156
JUL 17	133
JUN 17	162
MAI 17	135
ABR 17	144

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

R\$	%
geração de Energia	31,42
Transmissão	3,05
Distribuição (celpe)	27,18
Encargos Sociais	8,07
Impostos	30,23
TOTAL	108,32

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
03/04/18					
DC-Não de horas sem Energia	IGARASSU	0,00	5,21	10,62	21,23
PC-Não de vezes sem Energia		0,00	3,38	6,66	13,22
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,02	3,22	0,06	0,66
DCR-Duração de interrupção em dia crítico					Límite DC10: 12,22
SLI(Valor da Interrupção de Use = R\$ 38,33)					
Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das medidas DC, PC, DMC e DCR a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTES	ATUAL	Nº DAS LENTAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003133088168	CAT	26/03/2018 7.151,96	26/04/2018 7.377,06	38	1,60000	0,08	228,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/05/2018

DETAQUE ACS

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

838000000017 135300110072 014588480100 131966979938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altilio Bezerra dos Santos, RG nº 5499873, data de expedição 14/10/2009,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 048.936.574-45, com domicílio na cidade de
Jaboatão dos Guararapes, no Estado de Pernambuco, onde resido na Rua Elvio
de Medeiros Araújo nº 305, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ELIEL MENESES DA MOTA, cujo o condutor era
ELIEL MENESES DA MOTA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: KHL-9326
Chassi: 9C2KC08108R231021
Data do Acidente: 01/10/2012

Jaboatão dos Guararapes, 14 de Março de 2018

Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/FF/PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/FF/PE

DOCUMENTO
ORIGINAL

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

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/FF/PE

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vitima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018 apresentando diagnóstico de fratura de tibia esquerda. Solicito fisioterapia para analgesia, diminuição de edema e ganho de movimento e ganho de força. Melhora no padrão de marcha.

Solicito:

(25) Sessões de Fisioterapia

(10) Sessões de Acupuntura

Roberta Paes Barreto
CRM - 15.828
CPF: 036.277.164-26

Recife, 24 de abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RECIFE-PF
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
RECIFE-PF

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vítima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018, apresentando diagnóstico fratura de tíbia esquerda, com os seguintes sintomas: Dor, edema, redução da ADM e força muscular.

Restrito a: Atividades de vida diária

Com ênfase principal em: Perna esquerda

Espera do tratamento: Redução do quadro álgico, melhorar a ADM e fortalecimento muscular.

Conduta Adotada: Cinesioterapia + Eletroterapia

(25) Sessões de Fisioterapia

Recife, 25 de Abril de 2018.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

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

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


Júlio de A. Borges
Fisioterapeuta
CREFITO 166181-F

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ACUPUNTURISTA

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vítima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018, apresentando diagnóstico fratura de tíbia esquerda, com os seguintes sintomas: Dor, edema, redução da ADM e força muscular.

Serão aplicadas sessões de acupuntura para melhora do quadro clínico.

Procedimento: Acupuntura Sistêmica

Espera do tratamento: Debolar a dor e redução do edema

(10) Sessões de Acupuntura

Recife, 25 de Abril de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2013

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

05.802-499/0001-4
TRACAO DE CORREO
DE SEGUROS FEDORA
11 MAIO 2010
RECIBIDO
REGISTRO
RECIBIDO

Julián de A. Berger
Fisioterapeuta
CRECI/TG 188181-E

Atendimento: 414659

Senha da Classificação:

0040

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

Paciente: 111906 ELIEL MENEZES DA MOTA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/12/1989 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: LINDINAJURA DE MEHEZES SANCHÔ DA

Nome do Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA JACOBÉ

264

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: NACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____

Altura: _____

Temperatura: _____

HORAS: _____

Queixa Principal

*Pontos ligeiros na direita da borda**No Orla apesar de que não é visível**2 dias (5)*

Exame Físico

*A vs fundo 13.000/mm3 C 31 Sess. 12 Cogn.**Doloroso ao toque no topo da borda*

Hipótese Diagnóstico

Pt crônico Osteo 12 dias (5)

Prescrição Médica

*1) Iodoform
2) Álcool + Blôx*05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
Assinatura: *RECIFE-PE*05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA11 MAIO 2018
RECIFE-PE
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902-BL C
BOA VISTA - CEP: 50.060-010

Pedro Gunkel

Assinatura

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

COR

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação do Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/02/2018 21:10

	Nome Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA Cód. Paciente: 111966 Data de Nascimento: 12/12/1969 Sexo: Masculino Idade: 28 Senha: 0040 Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA Atendimento: 414659 SAME: 99168
--	--

Período: 01/02/2018 21:30 - 01/02/2018 21:32

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU DE ITAMARACA COM RELATO DE COLISAO MOTO CAMINHAO, COM POSSIVEL FRATURA EXPOSTA DE TIBIA NEGA HAS DM E ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/02/2018 21:32



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	5431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente ELIEL MENEZES DA MOTA	6 - NPI Pessoal			
7 - Cadastro Nacional do SUS +009271406491	8 - Data de Nascimento 12/12/1989	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça/Cor 03 - Parda	11 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe LINDINAURA DE MENEZES SANCHON DA MOTA	12 - Telefone de Contato 8156674885			
13 - Nome Responsável ELISSON	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA JACOBÉ, 264 - CENTRO	17 - IBGE 260680	18 - UF PE	19 - CEP 53610417	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais Sintomas e Anamnese Clínica
VITIMA DE COLISÃO DE MOTO NA QSR APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA

11 - Condições que Justificam a Internação
NECESSIDADE CIRÚRGICA

12 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNSE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

13 - Diagnóstico Principal / Código
FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

14 - CID 10 Principal
S822

15 - CID 10 Secundário
W199

16 - CID 10 Causas Associadas
04-08-05-05-0-

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	29 - Código do Procedimento 0415020066	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		
30 - Especialidade CIRÚRGICA	31 - Código de Atenção 2	32 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Solicitante/Assistente 980016278437833
33 - Profissional Solicitante/Assistente SORMANE DE CARVALHO BRITTO	34 - Data de Solicitação 01/02/2016	35 - Assinatura e Certidão Nº de Registro no Conselho 171.15910.0-Jurídico Câmara / 160100028 CRM PE-25.059

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ / Sagittaria	40 - NPI Bimex	41 - Série
38 - () Acidente Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - DNAME : Empresa	44 - CINOR
39 - () Acidente Trabalho Trajetó			

45 - Vinculo com a Previdência
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor E260680001
48 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado 05.802.494/0001-41	49 - NPI Bimex
50 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado 05.802.494/0001-41	51 - NPI Bimex

52 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

53 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

54 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

55 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

56 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

57 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

58 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

59 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

60 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

61 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

62 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

63 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

64 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

65 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

66 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

67 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

68 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

69 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

70 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

71 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

72 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

73 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

74 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

75 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

76 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

77 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

78 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

79 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

80 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

81 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

82 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

83 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

84 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

85 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

86 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

87 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

88 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

89 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

90 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

91 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

92 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

93 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

94 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

95 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

96 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

97 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

98 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

99 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

100 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

101 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

102 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

103 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

104 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

105 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

106 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

107 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

108 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

109 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

110 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

111 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

112 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

113 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

114 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

115 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

116 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

117 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

118 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

119 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

120 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

121 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

122 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

123 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

124 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

125 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

126 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

127 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

128 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

129 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

130 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

131 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

132 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

133 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

134 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

135 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

136 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

137 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

138 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

139 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

140 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

141 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

142 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

143 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

144 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

145 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

146 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

147 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

148 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

149 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

150 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

151 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

152 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

153 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

154 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

155 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

156 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

157 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

158 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

159 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

160 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

161 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

162 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

163 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

164 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

165 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

166 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

167 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

168 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

169 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

170 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

171 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

172 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

173 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

174 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

175 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41

176 - Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizado
05.802.494/0001-41</



FICHA DE INTERNACÃO

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

Cód. Atendimento: 414667

Unsettled: MAYA RABIN

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA Prontuário: 111906
 Idade: 28g 3m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 12/12/1969
 Profissão: Escolaridade:
 R.G.: C.P.F.: 07619902406 Telefone: CEP: 5360417
 Endereço: RUA JACOBE 264 CENTRO IGARASSU PE
Dados da Internação
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 1/2/2018 22:30
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-45
 Médico Intervistado: PLANTONISTA ORTOPEDIA *Isolante*

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: Lercio ston		R.G.: 51.225-8
Cidades		C.P.F.: 30.000.000.000-00
		Número: 100000000000000
		Estado civil: Casado

DADOS DA LIBERACÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	12 / 2 / 11	Hora da Alta:	14:00
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão		
Sentença de Alta:	Melhorado		

Condições de Alta: Melhor

Diagnóstico Principal.....: Inhalación de polvos de arena

Diagnóstico Secundário G1.: _____

Diagnóstico Secundário 02.: _____

...preendimento.....

For more information about the National Security Agency/Central Security Service, visit www.nsa.gov.

Digitized by srujanika@gmail.com

Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG** 05.802.494/0001-30

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorização para internação do paciente acima mencionado, nome: **AL MIGUEL ARRAES** bem como procedimentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, tratamento de emergência, exames de complemento e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento e/ou bem estar do paciente. - Autorização: **05-802-194/0001-41**
TRACÃO CORRETIVA
SEGUROS ITDA

RACIONAL CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C.
330 Vista - CEP: 50.000-017

Ficha de Cirurgia Descritiva

Avanç de Cirurgia: 47728

Paciente: 111906

Convênio Atend.: 1

Leito: 744

Dt. Início: 02/02/2018 01:59

Sala: 0003 SALA 03

ELIEL MENEZES DA MOTA

SUS - INTERNACAO

VERD2-45

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

Atendimento: 414667

Carteira:

Idade: 29 Anos 21 Dias 2 Horas

Cid Pré-Operatório: S822

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convenio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: G5

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIA

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: LERATURAS OS OSSOS DA PERNAS ESG.
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXADOR LINEAR
OPERADOR: DR. SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: SALOMÉ
ANESTESISTA: DRA.
ANESTESIA: RAQUI

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA 15 DE NOVEMBRO, 175
RECIFE - PE
CEP 50.060-010

Relato de Intervenção

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM PERNAS ESQUERDA
5. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
6. LIMPEZA EXALISTIVA COM SF 0,9%
7. POSICIONADO FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
OBSERVADO REDUÇÃO SATISFATORIA PGR FLUOROSCOPIA
SUTURA COM NYLON 2.0
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Pedro Cunha
CRM 16339

DR/A: SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA 15 DE NOVEMBRO, 175
RECIFE - PE
CEP 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
RUA 15 DE NOVEMBRO, 175
RECIFE - PE
CEP 50.060-010

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Página de Circuito Descriptivo

Aviso de Cirurgia : 47903
 Paciente : 111906
 Convênio Atend. : 1
 Leito : 72
 Dt. Início : 11/02/2018 11:02
 Sala : 0002
 ELIEL MENEZES DA MOT
 SUS - INTERNACAO
 ORTL-511-LEITO 004
 Dt. Fim : 11/02/2018 11:57
 Cid Pré-Operatório : S822
 Cid Pós-Operatório : S822

Atendimento 414667
Carteira:
Idade: 28 Anos 30 Dias 12 Horas

PROOFREADER

Procedimento: 0408053500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convenio: 001 SUS - INTERNACAO
Assunto: 05 RAQUIANESTESIA

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Digitized

Distribuição Chinesa:

DIAGNÓSTICO: FRACTURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNAS ESGRIFINADA
CIRURGIA: REFI COM HASTE INTRAMEDULAR EM TIBIA ESQUERDA
CIRURGÃO: DR. LUIZ CARVALHO
1º AUXÍLIO: DR. DANIEL CABRAL
ANESTESISTA: DR. ARTUR
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
 2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR;
 3. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
 4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
 5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PRÓXIMAL DO JOELHO DIREITO;
 6. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
 7. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
 8. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
 9. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESCAS N° 8, 9 E 10;
 10. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 09X340;
 11. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM G2 PARAFUSOS N°30 E N°35 E PRÓXIMAL COM G2 PARAFUSOS N°30 E N°35;
 12. LIMPEZA COM SF 0.9%;
 13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCORIL 1-0 E NYLON 3-0;
 14. CURATIVO;
 15. CONTROLE COM RX.

Archivos Cirurgicos

Descrição Complementar
05.802.494/0001-41

Daniel Cabral
Growth Education
CAMARDELLA

1.1 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 GL C
Boa Vista - CEP: 59.060-010

DR(A) LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM-12925

Atendimento: 414657
Dt Atendimento: 01/02/2018 - 22:30 Dt Alta: 12/02/2018 - 13:22
Paciente: 111906 ELIEL MENEZES DA MOTA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 72 ORTL-611-LEITO 004 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: IRACEIASMS

CID:

Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta:

LUIS KLEBER NASCIMENTO DA SILVA

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (COA)

11 MAIO 2018

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

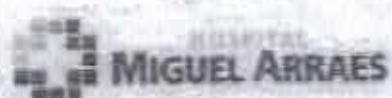
05.802.494/0002-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS (COA)

11 MAIO 2018

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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Fundación Alfonso Ibarra
Prof. Fernando Vilella

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: EUEL MENEZES DA MOTA REG: 111906

CLÍNICA: _____ **ENFERMAGEM:** _____ **LEITO:** _____

DATA/HORA	
1/2/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
	PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO DE MOTO HÁ 03H APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM Perna ESQUERDA
	EF: A: VA PERVIAR B: ESPONTÂNEA C: SEM SINAIS DE CHOQUE D: ECG = 15 E: FERIMENTO EM 1/3 MÉDIO DA Perna ESQUERDA + DEFORMIDADE CLÍNICA
	HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO + BLOCO
	 Dr. Bruno Cunha Ortopedia e Traumatologia CRF-PE 23.455

091024R 1450T#

Fix 05805 On Tom ~~05802-494/006A-1~~
Plane written in ⑥

Point about 6 miles
off Cape Sanvictor

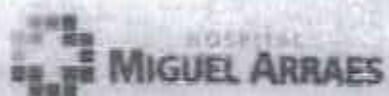
Colley Adams reads S. Bronx

Dr. Pedro Cunha
Praça da República, 229
Caxias

.802.494/0001-41
FRAGÃO CORRETOORA
DE SEGUROS LTDA
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
OFFICE.BR



PERNAMBUCO
ESTADO DO PERNAMBUCO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Paulo Ermígenes Peçanha

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Gl. 61

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

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, N° 175, S1.902 BL C
303 Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

DATA/HORA

06/05/18

ASD#
AD. Ex-Draive 580

Paciente - Social Comum
PF: Id. com. Hispanoamericana

ad: VD Vida F

Dr. Pedro Cunha
CRM-PE 22.856

07/05/18

507#

Paciente - com. (Comum)
PF: 02m +14t W G
Ex: social

ad: (1) mon. Paciente social

Dr. Pedro Cunha
CRM-PE 22.856

08/05/18

507#

Paciente 31.05.18 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

12 MAIO 2018

ad: (1) Ag. Dr. Pedro Cunha

CRM-PE 22.856

09/05/18

507#

Paciente - Social Comum
Ex: Paciente social 31.05.18

ad: (1) Ag. Dr. Pedro Cunha



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

Lúcia Maria

Pecas fer o Sr. Edel
meus da sede fer
Submisão à Cunjo fer
fazent de festas extens
os em de pena eto em
11/02/19. Quem render seu
Bem condicai Cunjo, seu
Santo por de mundo, se
esse favela Ambulal

C.D : 5822

10/05/18

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, n. 175, 2º andar
Boa Vista - CEP 50.060-000
RECIFE-PE

GFM-PE 21.699
Gnoplás / Tramadolologo
Claudio Costa Neto

ESTADO DE PERNAMBUCO
CAC-03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTD.

03/05/2018

Resid. Avenida Rio 175-51902 BL C
Bela Vista - CEP: 50710-240
RN/BR



Édil Monteiro da Abta
Assinatura do Titular

VALIDA EM 100% - TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.668.858

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/09/2005

NOME << ELIEL MENEZES DA MOTTA >>

FILIAÇÃO << ELIAS FERREIRA DA MOTTA >>

<< LINDINAJURA DE MENEZES SANCHO DA MOTTA >>

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DOC ORIGEM

<< CN 28 144-L 127-F 16-CART. 1ºDIST PAULISTA-P.E.
28 12 1989 >>

CPF

DATA DE NASCIMENTO

12/12/1980

05.802.494/0001-
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
P. S. MAR 2005
RUA DA AURORA, NO 175, SJ. SÃO BERNARDO
ROA VISTA - CEP: 50.000-010
RECIFE-PE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF



CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

076.199.024-06

Nome

ELIEL MENEZES DA MOTA

scimento

2/12/1989

05.802-2947/0000-12
TAXAÇÃO - CUSTEIO
DE PROJETOS FEDERAIS
- FASE 3
- SUBPROJETO 1
- TURMA 01
- UNIDADE 01
- UNIDADE 02



AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADORES
COMERCIAIS
U POR SUA CARGA, A PESSOAS
D - SEGURO DPVAT

PE Nº 013226407073

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALFILIO BEZERRA DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

05-802-494/0001-41
TRACAO CERTIFICA
DE SEGUROS (TDA)

11 MAIO 2019
RUA DA AUTORIA N° 175 - 9º ANDAR
Bela Vista - CEP 50030-010
RECIFE - PE

LAB GUARARAPES - PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
22/01/18

VIA

CPF / CNPJ

045.936.574-00

PLACA

KHL9326

RENAVAM

EL14578500

HONDA

MARCA / MODELO

CB 150 TITAN ES

ANO FAB.
2008

CAT TARIF.
19

Nº CHASSI

9C2KC36103R261021

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE OUTAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.800/0001-04

DESENHO E GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO NÃO DÉGARANTIAS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217894 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217894 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIEL MENEZES DA MOTA **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA.

Descrição do exame DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

médico pericial: SINISTRADO EVOLUIU COM DOR E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE ME TIPOGRAFAI DE Perna ESQUERDA COM BLOQUEIO LEVE DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A ESQUERDA COM REPERCUSSÃO NA SUA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXAÇÃO EXTERNA DAS FRATURAS POR 15 DIAS SEGUIDO DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Janice de Almeida Pinto Miguez".