

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

Carta nº 12809453



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 LÍDER 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 nº: 12992845

A/C: ELIEL MENEZES DA MOTA

Nº Sinistro: 3180217894
Vítima: 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 TIPOGRAFAI 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.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 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

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: 076.199.024-06 CPF da Vítima: 076.199.024-06 Nome completo da vítima: ELIEL MONTES DE MOTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: ELIEL MONTES DE MOTA		CPF titular da conta: 076.199.024-06	Profissão: ROTEIRO
Endereço: RUA JACOB PINTO DE FREITAS		Número: 264	Complemento: A
Bairro: PRAT DE REBOUVINS	Cidade: JOANASSU	Estado: PE	CEP: 53625-222
Email: ROTEIRO		Telefone (DDD): (81) 98577-2697	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **2546** D/V: ☐ CONTA: **17745** D/V: **4**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos):
 BANCO: NBO:
 AGÊNCIA: D/V: ☐ CONTA: D/V: ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

JOANASSU (PE) 03 de 05 de 2018.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

05.802.494/0001-41
 INSCRIÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

9 de MAIO 2018

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



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

17/04/2018 09:04



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

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0123000696

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

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

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BARÃO DE VERA CRUZ, 1100
CRUZ DE REBOUÇAS - IOARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ELIEL MENEZES DA MOTA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
LINDINARA DE MENEZES SANCHE DA MOTA Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA Data de
Nascimento: 12/12/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA JACOB PINTO DE FREITAS, 294 - CEP: 8 - Bairro: URBANA
IOARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, ACADEMIA DOA FORMA

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

ALTILIO BEZERRA DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: M
DESC Pai: DESC Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

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

DOCUMENTO
ORIGINAL

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

Relatório de Ocorrência

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

UM CAMINHÃO (VEÍCULO) 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 Objeto
 Aparentado: NÃO
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

A VITIMA, INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA SARAO DE VERA CRUZ, QUANDO DE REPENTE UM CAMINHÃO 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 ESQUERDA. EM SEQUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAS.

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

Elieir Menezes da Hora
 ELIEIR MENEZES DA HORA
 (VITIMA)

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DE CRUZ DE REBOUCAS

S.O. registrado por: *Wagner Luiz dos Santos* Nº CIRCUNSCRIÇÃO 9433

DOCUMENTO ORIGINAL

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



05.802.494/0001-4
TRACÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

24 MAIO 2013

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

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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEL MENEZES DA MOTA**
VEICULO: (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**

ALTILIO 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALTILIO 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**

Quantidade: **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 O MESMO 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: **BARTOLOMEU BELTRÃO DE FARIAS FILHO** Matrícula: **3847306**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

24 MAIO 2013

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
oficina, PE

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 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

CPF da Vítima

076.199.024.06

Data do Acidente

01/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 perícia médica para fins de Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia médica, porém não emite o laudo (aventa) 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 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 desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 000000017745-4

Nr. da Autenticação 92ABF683489E3F52

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 Tíbia 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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
ALJOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

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

Ouvidoria 0800 282 5589

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: 076.199.024-08 NIS: 2121073886

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JACOB PINTO DE FREITAS 264 - A

CRUZ DE REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS
53625-222 IGARASSU PE

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

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

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

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

2012955566

Nº DA INSTALAÇÃO

000506790

DESCRIÇÃO 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	0,39041620	27,32
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,00	0,58562430	70,27
Consumo Ativo superior a 220 kWh	6,00	0,55069367	3,30
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 IGPM-NF 007022825 - 23/02/18			0,06
TOTAL DA FATURA			

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s):

Vencido	De Receb	Valor
0304/18	2504/18	121,50

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 de SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh	5,18415700
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,25141200
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,43211000
Consumo Ativo superior a 220 kWh	0,89020000

HISTÓRICO DO CONSUMO

Mês	kWh
ABR 18	228
MAR 18	238
FEV 18	232
JAN 18	204
DEZ 17	146
NOV 17	166
OUT 17	154
SET 17	155
AGO 17	136
JUL 17	133
JUN 17	152
MAI 17	139
ABR 17	144

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	21,42	22,01
Transmissão	3,90	3,55
Distribuição (celpe)	27,18	24,08
Energias Secundárias	5,07	7,45
Tributos	30,23	27,91
TOTAL	106,82	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	IP	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000000313308168	CAT	26/03/2018 7.151,06	25/04/2018 7.377,06	30	1,80000	6,00	228,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
fev/2018					
DIC Atividade sem Energia	IGARASSU	0,00	5,31	15,92	21,25
FIC Atividade sem Energia		0,00	3,38	6,50	13,20
DMIC Duração máxima de interrupção contínua		0,02	3,03	0,09	0,09
DCR Duração de interrupção em dia crítico					Limite DCR: 12,32
GRUPO Valor do Encargo de Uso = R\$ 38,33					
*Este Consumidor pode solicitar e aprovação dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438 de 26/04/02 - R\$ 42,30.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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 canhoto será usado em leitora ótica.

838000000017 135300110072 014588480100 131966979938



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Altílio Bezerra dos Santos, RG nº 5499873, data de expedição 24/08/2009
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 Eligio
de Medeiros Araujo nº 305, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
ELIEL HENES DA MOTA cujo o condutor era
ELIEL HENES DA MOTA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: KHL-9326
Chassi: 9C2KC08108R231021
Data do Acidente: 01/02/2018

Jaboatão dos Guararapes, 11 de Março de 2018

Assinatura do Declarante

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



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

DOCUMENTO
ORIGINAL



RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: ELIEL MENEZES DA MOTA

Vítima de acidente de trânsito no dia 01/02/2018 apresentando diagnóstico de fratura 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

Roberto Poes Barreto
CRM - 15.828
CPF: 036.277.164-26

Recife, 24 de abril de 2018.

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

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 algico, 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 - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE


Juliana 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 algico.

Procedimento: Acupuntura Sistemica.

Espera do tratamento: Debelar 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 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 - CEP 50.060-010
RECIFE-PE


Juliana de A. Borges
Fisioterapeuta
CREFITO 168181-F



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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: LINDINARA DE MENEZES SANCHÓ DA

Nome do Pai: ELIAS FERREIRA DA MOTA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: RUA JACOBE

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:

Freq:

Queixa Principal

Dor no braço direito na região do ombro e antebraço, iniciada há alguns dias, piorando com o movimento.

Exame Físico

Articulação do ombro direito: dor à palpação, movimento limitado. Antebraço e mão sem alterações. Resto do exame físico sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Fratura ORTOPEDICA do braço direito

Prescrição Médica

1) Analgésico
2) Antibiótico + Betalactâmico

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: [Assinatura]

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: [Assinatura]

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: [Assinatura]

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

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



Nome Paciente: ELIEL MENEZES DA MOTA
Cód. Paciente: 111906
Data de Nascimento: 12/12/1989
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
FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI-HMA

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

Acolhido(e) 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		2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		5431569
1 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
ELIEL MENEZES DA MOTA		111906	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
+00927140 (499)	12/12/1989	X <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
LINDINAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA		0000 - Não Se Aplica	
12 - Telefone de Contato		13 - Nome Responsável	
0198674886		ELISSON	
14 - Telefone de Contato		15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
		RUA JACOBE, 264 - CENTRO	
16 - Município		17 - IBGE	18 - UF
IGARASSU		260690	PE
		19 - CEP	53610417

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição Sintese e Síntese Clínica			
20.1 - VITIMA DE COLISÃO DE MOTO NA 03H APRESENTANDO DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA			
21 - Condições que Justificam a Internação			
NECESSIDADE CIRÚRGICA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código			
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA			
24 - CID 10 Principal		25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
S822	W199		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		0415020055
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante		33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
9800162278437633		16339
34 - Data da Solicitação		35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
01/02/2018		16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CIIOR
38 - () Acid. Trabalho Atípico			
39 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor
		E260000001
48 - Documento		49 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
05.802.494/0001-41		
TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
11 MAIO 2018		
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C		
Boa Vista - CEP: 50.060-010		
RECIFE-PE		

Código do Laudo: 414889

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ELIEL MENEZES DA MOTA** Prontuário: 111906
Idade: 28a 1m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 12/12/1989
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 53610417
R.G.: C.P.F.: 07619902406 264 CENTRO IGARASSU - PE
Endereço: RUA JACOBE
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: VERDE 2-45
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA *Solente*

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: *FATIMADA* R.G.: C.P.F.:
Número: Estado civil:
Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: *12/2/18* Hora da Alta:
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: *Melhorado*
Diagnóstico Principal.....: *Fratura da parte da costela para o*
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: *Dor no 2º grau (Rx. costela + HX. HX. 001-41)*
Responsável pela retirada do paciente *Assinatura e RG*
Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-017

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ficha de Cirurgia Descritiva

Avião de Cirurgia: 47728 Sala: 0003 GALA 03
Paciente: 111908 ELIEL MENEZES DA MOTA
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 744 VERD2-45
Dt. Inicio: 02/02/2018 01:59 Dt. Fim: 02/02/2018 02:55
Cid Pré-Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0406050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: G5 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURAS OS OSSOS DA PERNA ESQ
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO + FIXADOR LINEAR
OPERADOR: DR. SORMANE BRITO
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA
INSTRUMENTADOR: SALOME
ANESTESISTA: DRA
ANESTESIA RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
2. ASSEPSIA+ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. REALIZADO AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA
5. VISUALIZADO FOCO DE FRATURA
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9%
7. POSICIONADO FIXADOR LINEAR EM TIBIA ESQUERDA
OBSERVADO REDUÇÃO SATISFATORIA POR FLUOROSCOPIA
SUTURA COM NYLON 2.0
8. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

55720478

Dr. Pedro Cunha

DR(A) SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM: 16339

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

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
3ª VILA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 47903

Sala: 0002 SALA 02

Paciente: 111808

ELIEL MENEZES DA MOTA

Atendimento: 414667

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Carteira:

Leito: 72

ORTL-511-LEITO 004

Idade: 28 Anos 30 Dias 12 Horas

Dt. Início: 11/02/2018 11:02

Dt. Fim: 11/02/2018 11:57

Cid Pré-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ.
CIRURGIA: REFI COM HASTE INTRAMEDULAR EM TIBIA ESQUERDA

CIRURGIÃO: 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 PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
7. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
8. PASSADO FIO GUIA APOS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
9. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
10. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 09X340
11. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 02 PARAFUSOS Nº30 E Nº35 E PROXIMAL COM 01 PARAFUSO Nº30
12. LIMPEZA COM SF 0.9%;
13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
14. CURATIVO;
15. CONTROLE COM RX;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

Daniel Cabral
CRM: 24.531

Atendimento: 414867

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-511-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: IRACEMA SMS

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 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
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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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 HA 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
02/02/18	ASOT# Fx ossos da perna Ftola vertebra i @
	Ponto central Gerente Ct: Arthur Sampaio
	Aditya Arma Vals S. Aron

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
PERIFF-PE

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 92.330

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Gl. G.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

11 MAIO 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
80ª Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

DATA/HORA	
06/02/18	#50TH AD. FX DISTUR TIBIA PELOUS-BOAL CUNHA RF: FO COM HERNIA
	at: (1) URGEM FO
07/02/18	#50TH Painel com CUNHA OF: OFIM + 1/4 W B FO PAINEL
	at: (1) URGEM PAINEL
08/02/18	#50TH Painel 21 OFIM OF: FO BOA AS PAINEL
	at: (1) AGORA PAINEL
09/02/18	#50TH Painel 21 OFIM FO BOA PAINEL 21 FLOBA
	at: (1) AG. PAINEL

Dr. Pedro Cunha
Ocupação: Traumatólogo
CRM-PE 23.956

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.
11 MAIO 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
80ª Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Pedro Cunha
Ocupação: Traumatólogo
CRM-PE 23.956

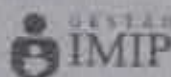
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
REG.
17 FEB 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
80ª Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Pedro Cunha
Ocupação: Traumatólogo
CRM-PE 23.956

Dr. Pedro Cunha
Ocupação: Traumatólogo
CRM-PE 23.956



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

Declaro que o Sr. Cláudio
meu do nome foi
submetido à cirurgia para
tratamento de lesões extensas
dos ossos do fêmur e do
11/02/18. Presente recebeu em
Bom Camarão, Ceará, São
Santo do momento, em
Assistência Médica

CID : 582.2

10/02/18

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CERRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

11 MAR 2018

Rua da Aurora, Nº 175, 2º Andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



Edil Menezes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

VÁLIDA EM TODAS AS Cidades

REGISTRO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.668.858

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/09/2005

NOME << ELIEL MENEZES DA MOTA >>

FILIAÇÃO << ELIAS FERREIRA DA MOTA >>

<< LINDINAURA DE MENEZES SANCHO DA MOTA >>

NATURALIDADE

PAULISTA - PE

DATA DE NASCIMENTO

12/12/1989

DOC ORIGEM

<< CN 29 144-L-127-F-16-CART. 1º DIST. PAULISTA-PE.
28.12.1989 >>

CPF

Elcio E. Jr.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7 116 DE 29/08/83

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
P. 1º MARÇO 2005
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-410
RECIFE-PE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

ADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

076.199.024-06

Nome

ELIEL MENEZES DA MOTA

scimento

2/12/1989

05.802.494/0011-41
TRACAG (CERTEIRA)
DE SEGURANÇA

(1 MAR 2007)

REGISTRO EM 13 MAR 2007
NO REGISTRO DE PESSOAS FÍSICAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013226407073

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

EXERCÍCIO

2017

ALTIJO BENEZES DOS SANTOS

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

04/10/2019

Rua da Aurora, Nº 175 SL 902 BL. E
Soc. Ltda - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

048

PLACA

KHL9326

PLACA ANT / UF

CHASSI

000009105R231021

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA 400 350 TITAN

ANO FAB

ANO MOD

2002

2002

CAP / POT / CIL

2P / 1490L

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC / COTAS

IPVA 2017 QUITADO

1ª *****

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

1

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

JAB GUARARAPES

DATA

22/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013226407073

EXERCÍCIO

2017

RAI/PC

2017

DATA DE REGISTRO

22/01/16

PLACA

RH49226

CHASSI

3E2C09015R231021

ESPECIE TIPO

VEICULO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

ANEXO

3E2C09015R231021

PE Nº 013226407073 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALTILO BIEFERA DOLCEASTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradelaide.com.br

05-802.494/0001-37

TRACAO CORRETORA

DE SEGURO DPVAT

11 MAR 2016

04 MAR 2016

05 MAR 2016

06 MAR 2016

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

PE Nº 013226407073

ALTILO BIEFERA DOLCEASTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradelaide.com.br

05-802.494/0001-37

TRACAO CORRETORA

DE SEGURO DPVAT

11 MAR 2016

04 MAR 2016

05 MAR 2016

06 MAR 2016

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

PE Nº 013226407073

ALTILO BIEFERA DOLCEASTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradelaide.com.br

05-802.494/0001-37

TRACAO CORRETORA

DE SEGURO DPVAT

11 MAR 2016

04 MAR 2016

05 MAR 2016

06 MAR 2016

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

U POR SUA CARTA DE SEGURO DPVAT

PE Nº 013226407073

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALTILIO 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
CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAIO 2013
04 MAIO 2013
Rua da Aurora, Nº 173, 3º. 902 B.C.
Bela Vista - CEP 50.064-010
Recife - PE

IAE GUARARAPES-PE

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
22/01/18

VIA
L 048.936.574-4

PLACA
KHL9326

RENAVAM
274238500

MARCA / MODELO
HONDA CB 150 TITAN X3

ANO FAB.
2008

CAT. TARIF.
19

Nº CHASSI
9C2KC38108R231021

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

JAN / 2017

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

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

Valoração 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 PERMITI 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

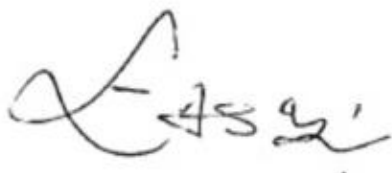
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



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 médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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:

