
Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713271

Vítima: ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713271

Vítima: ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 15/10/2019, emitido pelo Dr. IJACIEL DE OLIVEIRA CRM nº 17726 - PE, da Instituição UPA 24 H - CAXANGÁ, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

118.055.784-05

Nome completo da vítima:

Alex José Borges da Silva

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

Nome completo:

Alex José Borges da Silva

CPF:

118.055.784-05

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua Tab. João Lago

Número:

520

Complemento:

Bairro:

Capibaribe

Cidade:

São Lourenço da Mata

Estado:

PE

CEP:

54.740-710

E-mail:

advocaciaaprevidenciaia-pe@gmail.com

Tel.(DDD):

(81) 9.8875-7804

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0876

013

CONTA:

00103832

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ0515** (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA) Chassi: **9C2KC08207R044404**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

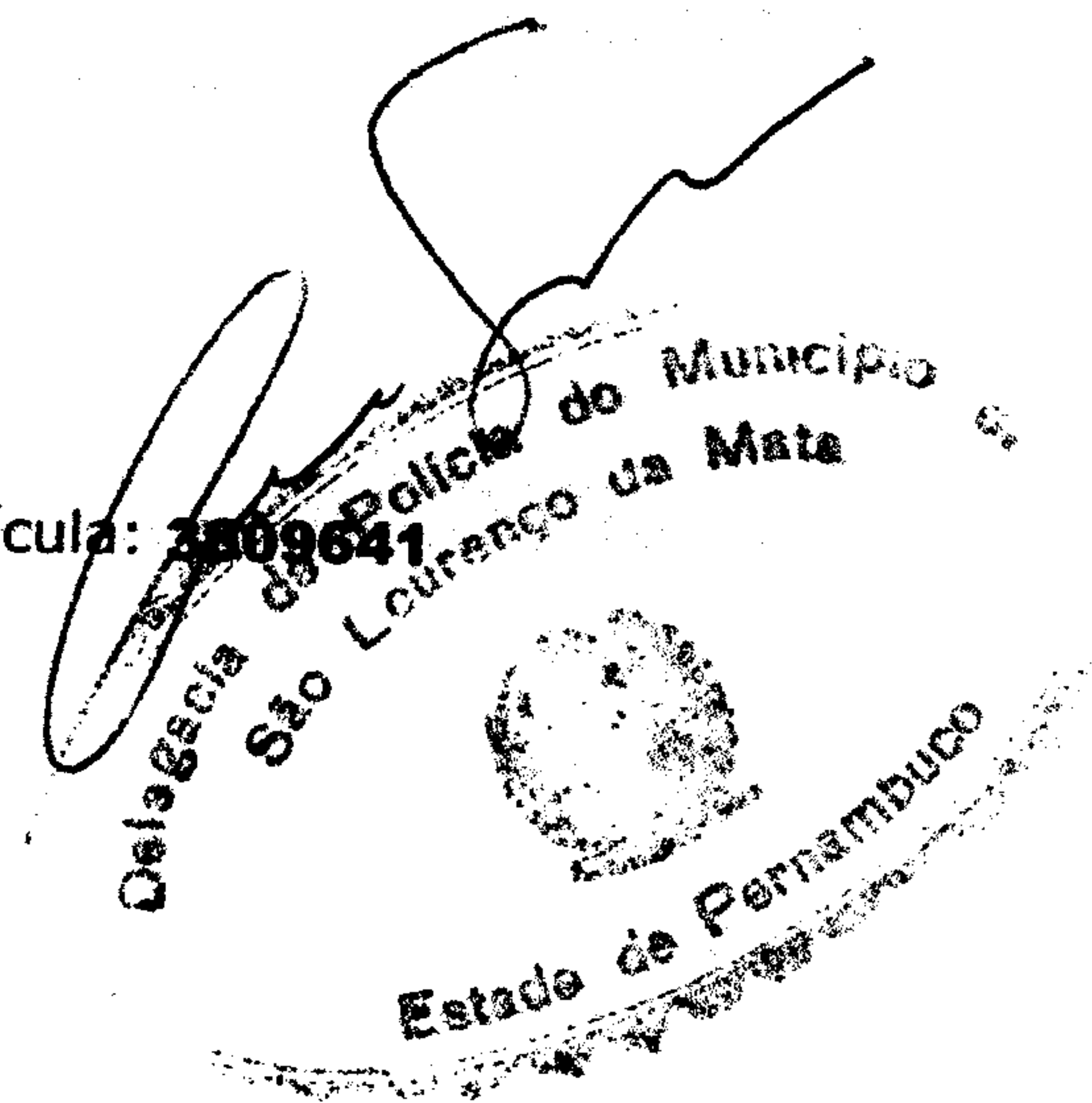
INFORMA AS VITIMAS QUE ESTAVAM TRAFEGANDO NA PE05 SENTIDO CENTRO, QUANDO CHEGARAM NA CURVA EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA FIAT LUZ, UM VEÍCULO CLASSIC FEZ A CURVA MUITO ABERTO E BATEU NA MOTO NA OUTRA FAIXA DE CONTRAMÃO, OS DEIXANDO NO CHÃO, CAUSANDO FERIMENTO EM ALEF NA MÃO ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU A UPA DA CAXANGÁ, TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS E APÓS A SANTA CASA EM SANTO AMARO PARA CICRUGIA. NADA MAIS NO MOMENTO.

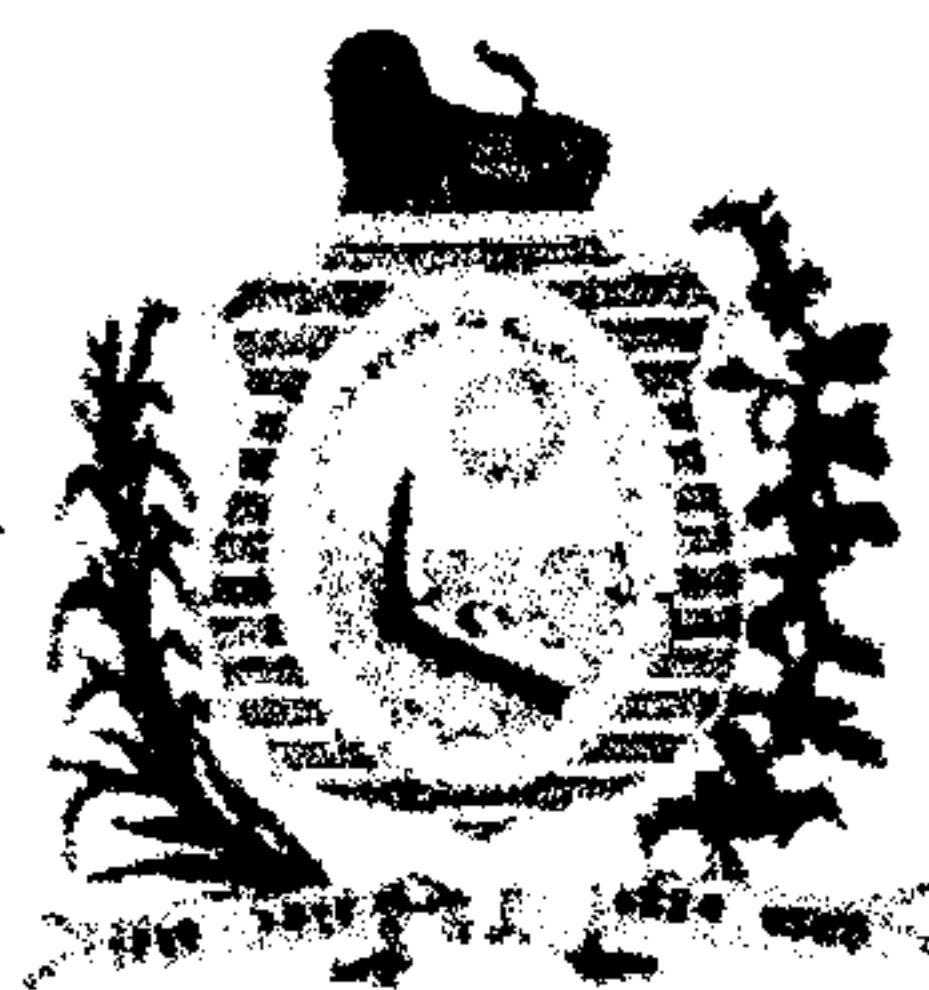
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

RUI PEREIRA CAVALCANTE
(OUTRO)

ALEF JOSÉ BORGES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO GONÇALVES DE SANTANA** - Matrícula: **3809641**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128003889

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **15:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/10/2019** às **19:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, PE 05, AV. BELMINIO CORREIA (EM FRENTE A ANTIGA FIAT LUZ) - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
RUI PEREIRA CAVALCANTE (OUTRO)
ALEF JOSÉ BORGES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): RUI PEREIRA CAVALCANTE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

RUI PEREIRA CAVALCANTE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CÍCERA DA CONCEIÇÃO Pai: ALFREDO PEREIRA CAVALCANTE Data de Nascimento: 23/8/1985 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 520, RUA TABELIÃO JOÃO LAGOS, CAPÍBARIBE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEF JOSÉ BORGES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEANA BATISTA BORGES Pai: MANOEL JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 22/5/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 520, RUA TABELIÃO JOÃO LAGOS, CAPÍBARIBE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEF JOSÉ BORGES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RUI PEREIRA CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

118.055.784-05

Nome completo da vítima:

Alex José Borges da Silva

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

Nome completo:

Alex José Borges da Silva

CPF:

118.055.784-05

Profissão:

desempregado

Endereço:

Rua Tab. João Lago

Número:

520

Complemento:

Bairro:

Capibaribe

Cidade:

São Lourenço da Mata

Estado:

PE

CEP:

54.740-710

E-mail:

advocaciaaprevidenciaia.pe@gmail.com

Tel.(DDD):

(81) 9.8875-7804

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

0876

013

CONTA:

00103832

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DR JOAQUIM NABUCO - NUM. - 00123 - CENTRO S
AO LOURENCO DA MATA PE 54735-790

DADOS DO CLIENTE
JOSEANA BATISTA BORGES
R TAB JOAO LAGO, N. 00520 - CAPIBARIBE SAO LOURENCO DA MATA PE
54740-710
INSCRIÇÃO: 137.215.105.0302.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 023323575

23323575 Ago/2019

MATRÍCULA:

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1		
HIIDROMETRO	DATA LEIT ANTERIOR	DATA LEIT ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A110039856	08/08/2019	09/09/2019	REAL	

ÁGUA:

LEIT ANT: 98 CONSUMO: 0
LEIT ATU: 98
LEIT IAT: 98

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

07/2019 00
06/2019 00
05/2019 00
04/2019 00
03/2019 00
02/2019 00
MEDIA: 00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	59	59	58
COR APARENTE	59	59	59
CLORO RESIDUAL	59	59	59
COLIF. TOTAIS	59	59	59
E. COLI	59	59	59

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA AGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 33/36
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2019
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 08/2019

CONSUMO

TOTAL(R\$)

27,00
0,78
13,22

TRIBUTOS	BASE DE CALCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	0,00	1,65	0,00
COFINS	0,00	7,60	0,00

VENCIMENTO: 20/09/2019

TOTAL A PAGAR: 41,00

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 32 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 1262.70. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



Pernambuco

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

 Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel de Silva Almeida

Nome:
482475-ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Idade: 24a 4m
Nascimento: 22/05/1995

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-983202615

Mãe:
JOSEANA BATISTA BORGES

Endereço:
RUA TABELIAO JOAO LAGO, 520 -
CAPIBARIBE - SAO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54740710

Data do Atendimento: 15/10/2019

Prontuário: 00482475

Nº Atendimento: 01357144

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

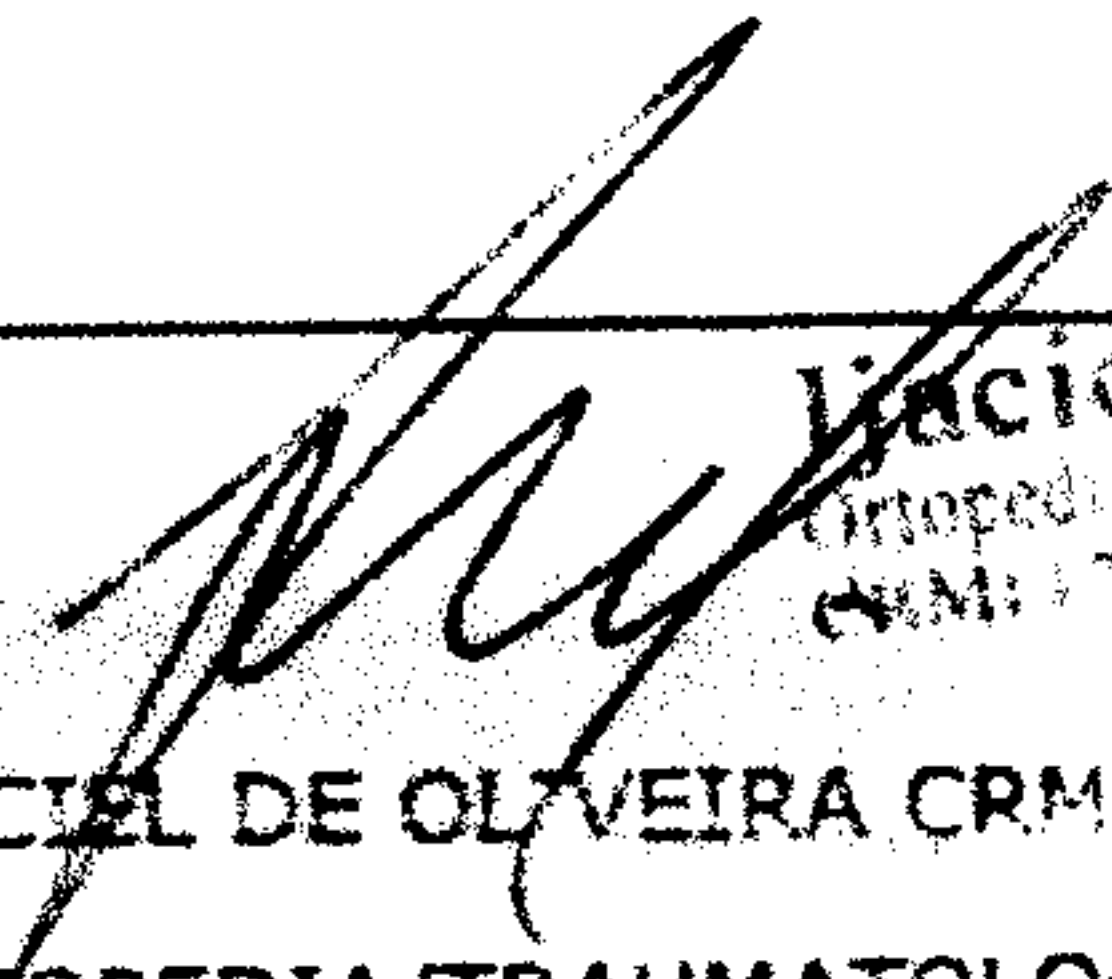
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CONTUSÃO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO, em: 15/10/19 19:27

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

CURATIVO + MEDICAÇÃO, em: 15/10/19 19:27


IJACIEL SOARES
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 - RQE: 1693
MÉDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Pernambuco

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

CAXANGÁ

Maria

Fundação Manoel de Sá

Nome:

482475-ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-983202615

Idade:

24a 4m

Nascimento:

22/05/1995

Mãe:

JOSEANA BATISTA BORGES

Endereço:

RUA TABELIAO JOAO LAGO, 520 -
CAPIBARIBE - SAO LOURENÇO DA MATA/
PE - CEP: 54740710

Data do Atendimento: 15/10/2019

Prontuário: 00482475

Nº Atendimento: 01357144

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: TERÇA-FEIRA, 15 DE OUTUBRO DE 2019

TIPO: RESUMO DE ALTA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE:

SENHA:

QP:

trazido pelo samu com dores no antebraço esquerdo após acidente com moto ha 2 horas. nega síncope e emese, em: 15/10/19 19:27

EVOLUÇÃO:

MEDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome:
482475-ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Idade: 24a 4m Nascimento: 22/05/1995

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-983202615

Mãe:
JOSEANA BATISTA BORGES

Endereço:
RUA TABELIAO JOAO LAGO, 520 -
CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/
PE - CEP: 54740710

Data do Atendimento: 15/10/2019

Prontuário: 00482475

Nº Atendimento: 01357144

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

RECEITUÁRIO SIMPLES

DADOS DO EMITENTE:

MÉDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

DATA: TERÇA-FEIRA, 15 DE OUTUBRO DE 2019

ORIENTAÇÕES:

USO ORAL

1. NIMESULIDA 100MG ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS

2. DIPIRONA 1G ----- 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS


Ijaciél Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 / RQE: 1693

Relatório Médico de Alta

Nome: **ALEF JOSE BORGES DA SILVA**
Reg.: 667387 Pront.: 1191544
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 22/05/1995
Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 24
Admissão: 28/10/2019 21:54 Alta: 30/10/2019 11:18

Admissão:

FRATURA EM 4º MTT ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S62.3 FRATURA DE OUTROS OSSOS DO METACARPO

Internação:

Unidade

ENFERMARIA SÃO LUIZ

Admissão	Alta/Transferência	Tempo
28/10/2019 21:54	30/10/2019 11:18	2 dia(s)

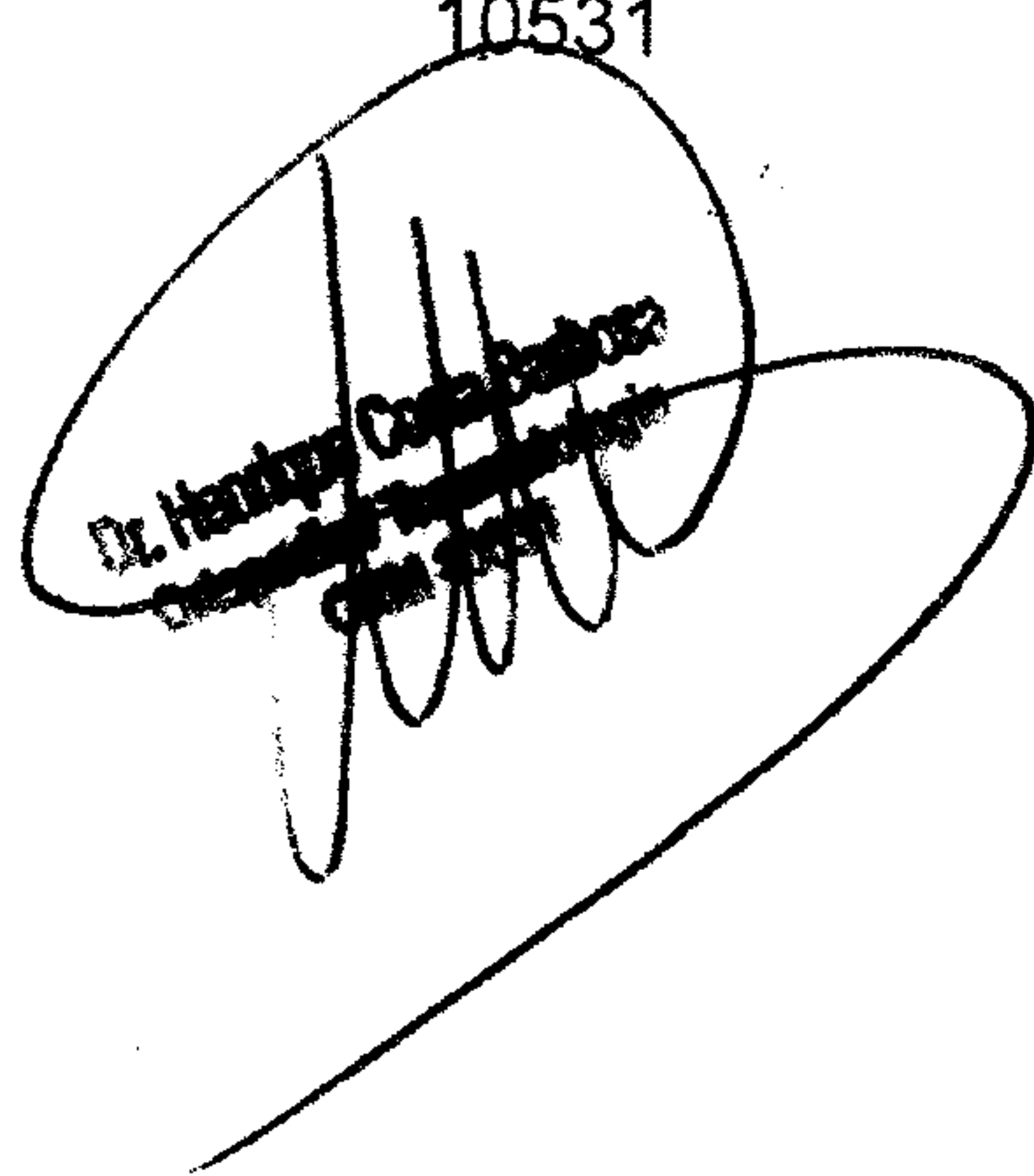
Orientação:

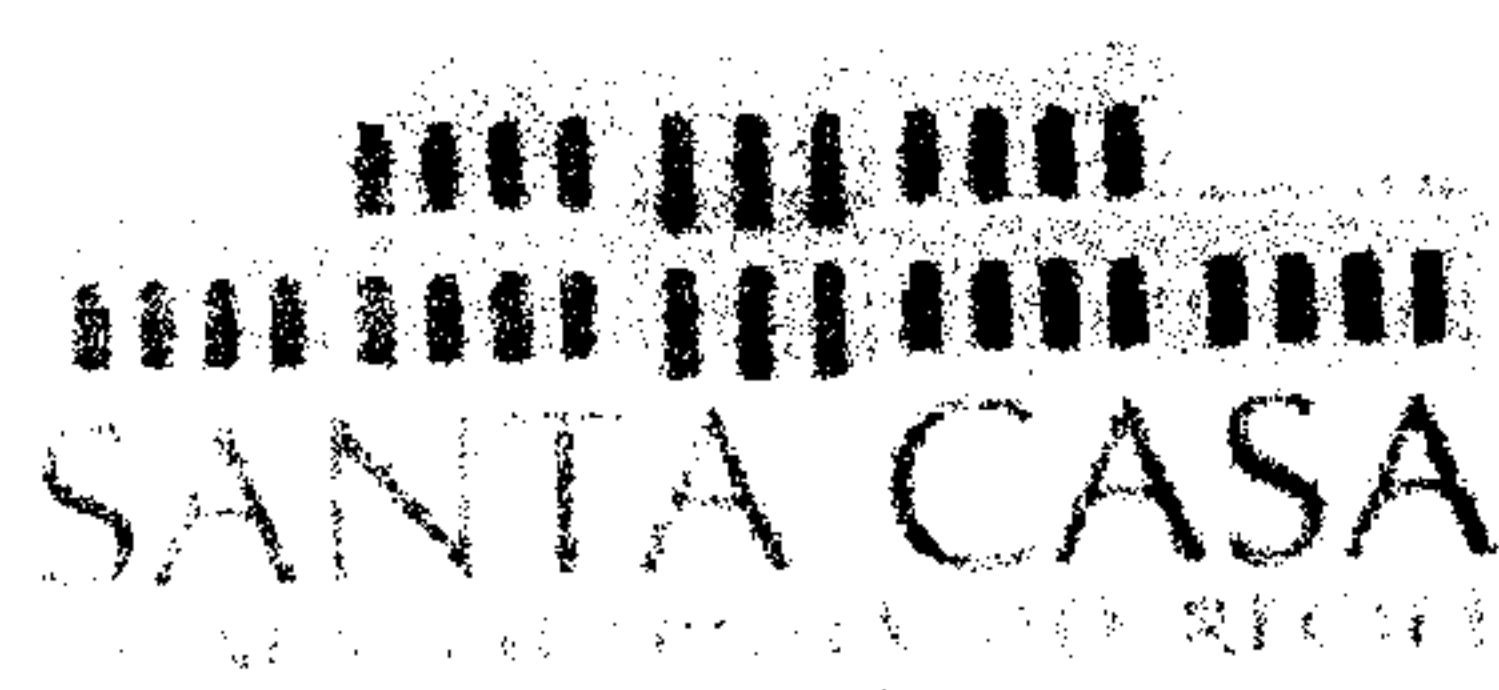
- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531


Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

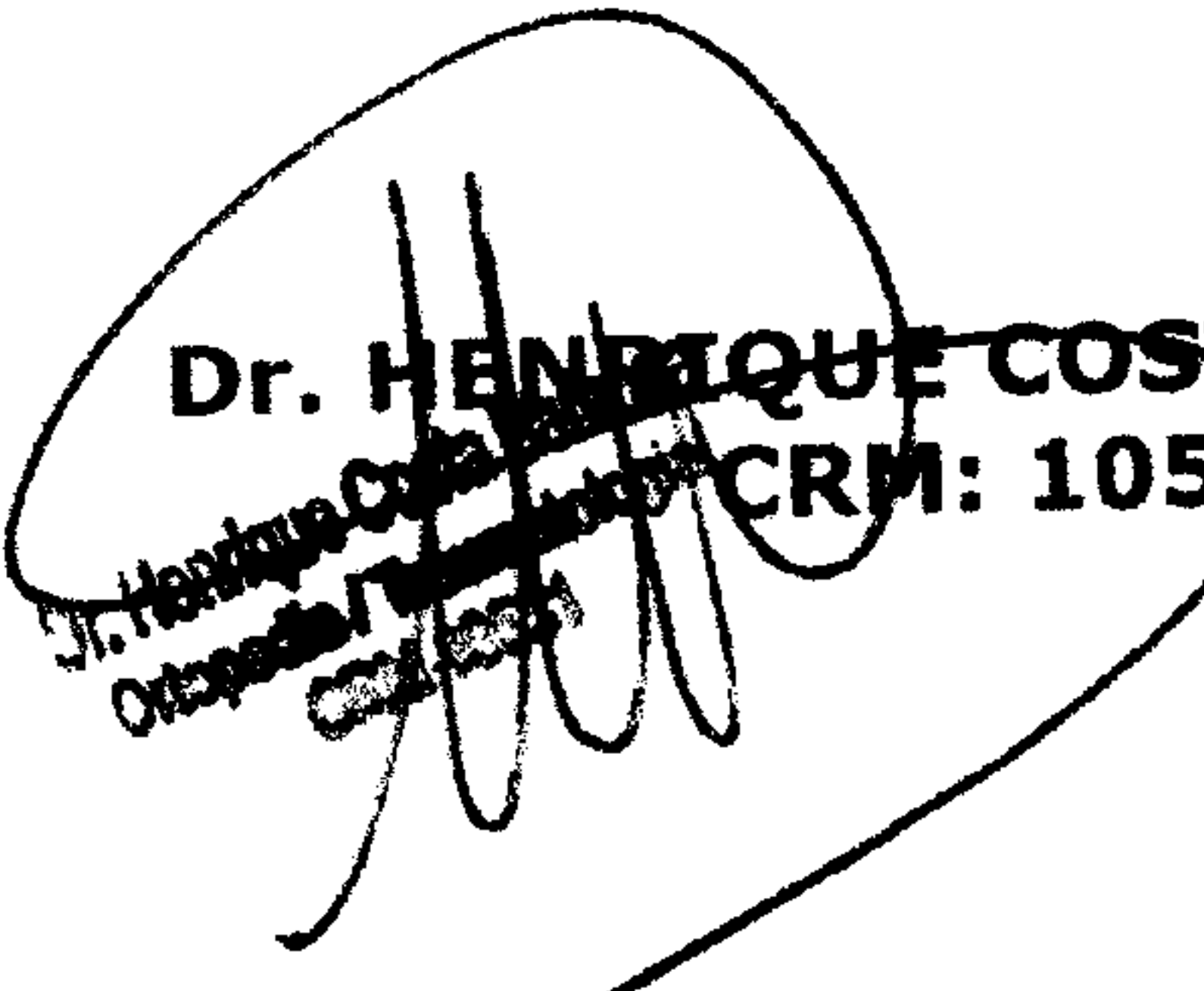
ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

ALEF JOSE BORGES DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S623

Recife, 30/10/2019


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531




Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SOLICITAÇÃO DE
BOLETIM DE
ESCLARECIMENTO

NOME DO PACIENTE: ALEF JOSE BORGES DA SILVA		
NOME DA MÃE: JOSEANA BATISTA BORGES		
DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1995	IDADE:	NATURALIDADE:
ENDEREÇO: 2 TABELÃO JOÃO LAGO Nº 520		
BAIRRO: CAPEBANIBE	CIDADE: SÃO LOURENÇO	ESTADO: PE
Nº PRONTUÁRIO: 1135306	Nº CARTÃO SUS:	

INTERNAMENTO/CIRURGIA:

EMERGÊNCIA (ALA/BOX): _____ CLÍNICA (ESPECIALIDADE): _____ ENFERMARIA/LEITO: **EMENB**

HOSPITAL DIA: () CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: () SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()

DATA DE INTERNAMENTO 26/10/19	DATA DE CIRURGIA ____/____/____	DATA DE ALTA 30/10/19	DATA DO ÓBITO ____/____/____
---	------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

NOME DO SOLICITANTE:

GRAU PARENTESCO: **A MÃE**

DOCUMENTO APRESENTADOS:

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE	☐ CERTIDÃO DE NASCIMENTO	☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO
☐ PROCURAÇÃO	☐ DECLARAÇÃO DE ÓBITO	☐ OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA
☐ MANDADO JUDICIAL	PROTESE:	TIPO:

ATENÇÃO/IMPORTANTE

INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO, APÓS 15(QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE - (81) 3184-5662, DE SEGUNDA À QUINTA, DE 08:00h ÀS 12:00h.

ENTREGA DE LAUDOS

ENTREGA DE LAUDOS: DAS 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA A QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.

SERÁ ENTREGUE AO PRÓPRIO PACIENTE (MUNIDO DE DOCUMENTAÇÃO ORIGINAL LEGÍVEL), PARENTES DE 1º GRAU COM APRESENTAÇÃO DE AMBOS DOCUMENTOS LEGÍVEIS, E TERCEIROS (MUNIDOS DE PROCURAÇÃO RECONHECIDA EM CARTÓRIO E DOCUMENTAÇÕES LEGÍVEIS), NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.

SOLICITAÇÃO DE LAUDOS

HORÁRIO: 14:00h ÀS 16:00h, DE SEGUNDA À QUARTA-FEIRA, NO ARQUIVO(SAME), NO 1º ANDAR.

Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado. Além da assinatura, colocar abaixo a impressão digital do solicitante.

LAUDO + COPIA
DO
PRONTUARIO

Recife, **20** de **Novembro** de **2019**

X Joseana Batista Borges
ASSINATURA DO SOLICITANTE
E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nº DO RG OU CPF



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: ALEF JOSE BORGES DA SILVA
DATA: 30/10/2019

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--ou--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

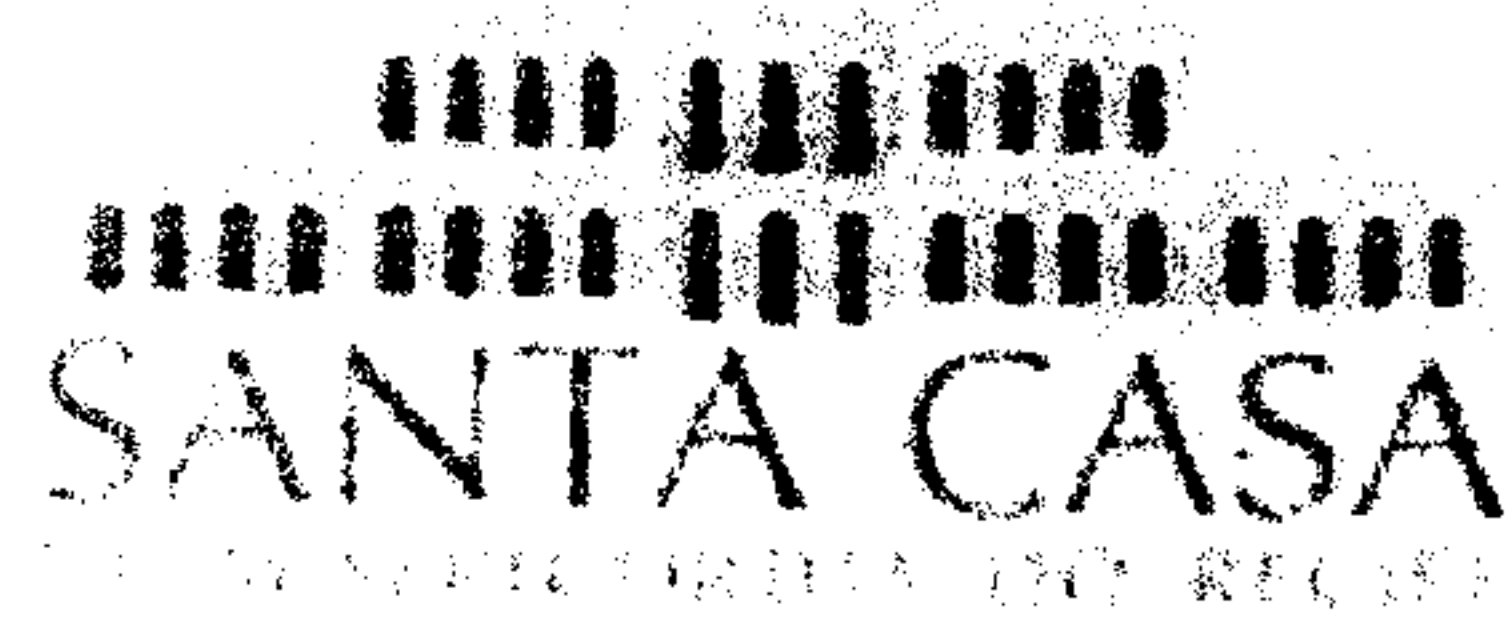
OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: ALEF JOSE BORGES DA SILVA
DATA: 30/10/2019

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM-10531



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

9.496.388

30/05/2012

COLEÇÃO

NO ME

ALF JOSÉ BORGES DA SILVA >>

COLEÇÃO

NO ME

MUNICEL JOSÉ DA SILVA >>

JOSEANA BATISTA BORGES >>

NATURALIDADE

SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

DATA DE NASCIMENTO

22/05/1995

DOC. ORIGIN

0051477 21 SÃO LOURENÇO DA MATA-PE >>

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

118.055.784-05

Nome

ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Nascimento

22/05/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713271 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEF JOSE BORGES DA SILVA **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA DE 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190713271 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEF JOSE BORGES DA SILVA **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA DE 4º METATARSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0462810/19

Vítima: ALEF JOSE BORGES DA SILVA

CPF: 118.055.784-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ALEF JOSE BORGES DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEF JOSE BORGES DA SILVA : 118.055.784-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ALEF JOSE BORGES DA SILVA
CPF: 118.055.784-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ALEF JOSE BORGES DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO