



Número: **0018317-14.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEF JOSE BORGES DA SILVA (AUTOR)		sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64370207	08/07/2020 15:41	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15274652





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00439/00440 - carta_31 - INVALIDEZ

00060220



Carta nº 15297879





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:

Alf 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:

Alf 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:

advocaciaaprecidenciaionia-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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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) ☐ Divorçado ☐ 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 e 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: **AUTOMOVEI/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**

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

Complemento / Observação

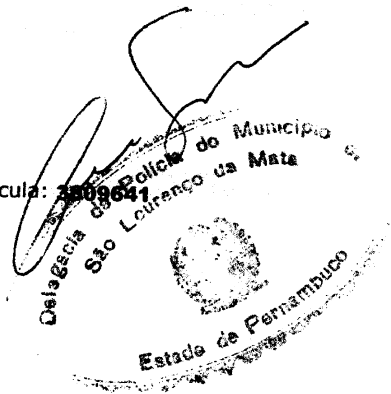
INFORMA AS VITIMAS QUE ESTAVAM TRAFEGANDO NA PE05 SENTIDO CENTRO, QUANDO CHEGARAM NA CURVA EM FRENTE A ANTIGA FÁBRICA FIAT LUZ, UM VEÍCULO CLASSIC FEZ A CURVA MUITO ABERTO E BATEU NA MOTO NA OUTRA FAIXA DE CONTRAMÃO, OS DEIXANDO NO CHÃO, CAUSANDO FERIMENTO EM ALEF NA MÃO ESQUERDA, QUE FOI SOCORRIDO PELO 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: **3509641**





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, CAPIBARIBE - 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, CAPIBARIBE - 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**

16/12/2019 15:42



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:

Alf 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:

Alf 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:

adviceciapresidenteionia-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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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) ☐ Divorçado ☐ 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:

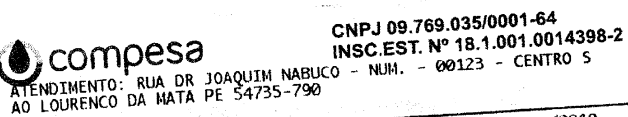
Assinatura

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 e 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
CO - NUM - 00123 - CENTRO S

compesa INSC. EST. N.º 00123 - CENTRO S
ATENDIMENTO: RUA DR JOAQUIM NABUCO - NUM. -
AO LOURENÇO DA MATA PE 54735-790

AO LOURENÇO DA MATA PE 51750

DADOS DO CLIENTE

JOSEANA BATISTA BORGES

R TAB JOAO LAGO, N. 00520 - CAPIBARIBE SAO LOURENÇO DA MATA PE

54740-710

INSCRIÇÃO: 137.215.105.0302.000 GRUPO:15 DEB.AUTOMATICO: 02323575

23323575 Ago/2019

MATRÍCULA:

SITUAÇÃO DA ÁGUA: CORTADO

SITUAÇÃO DO FOGOTO: POTENCIAL

RESIDENCIAL: 1

QUANTIDADE DE ECONOMIAS (COMERCIAL INDUSTRIAL):

PÚBLICA:

TIPO DE CONSUMO (A/E): REAL

HIDROMETRO: 39856

DATA LEIT ANTERIOR: 08/08/2019

DATA LEIT ATUAL: 09/09/2019

ÁGUA:

LEIT ANT: 98 CONSUMO: 0

LEIT ATU: 98

LEIT FAT: 98

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

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

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OB.S.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS

(2) OS PARÂMETROS COIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA

(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO

TOTAL(R\$)

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 33/36

MULTA P/IMPUNTUALIDADE 07/2019

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 08/2019

27,00

0,78

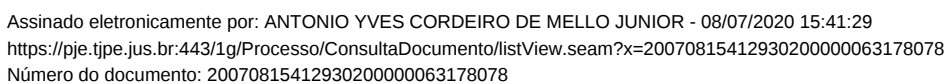
13,22

IMPRESSO EM: 09/09/2019 12:48:46

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 SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 482475-ALEF JOSE BORGES DA SILVA
Idade: 24a 4m Nascimento: 22/05/1995
Sexo: Contatos: / 81-983202615
MASCULINO
Mãe: Endereço:
JOSEANA BATISTA BORGES 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

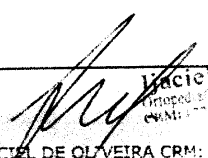
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

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


Ijaciél Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 RQ: 1693
MÉDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGÁ - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Maria
Fundação Maria da Silva

Nome:
482475-ALEF JOSE BORGES DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO / 81-983202615
Mãe:
JOSEANA BATISTA BORGES

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

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

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 há 2 horas. nega síncope e emese, em: 15/10/19 19:27

EVOLUÇÃO:

MEDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609



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

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

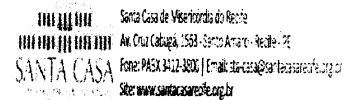

Ijaciél Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 / RQE: 1693



Santa Casa de Recife

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





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

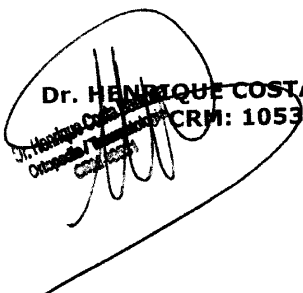
ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

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
Otorrinolaringologista



 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: ROSANA BATISTA BORGES			
DATA DE NASCIMENTO: 22/05/1995	IDADE:	NATURALIDADE:	
ENDEREÇO: 2 TABELIAO JOAO LAGO Nº 520			
BAIRRO: CAPEBARIBE	CIDADE: SÃO LOUENÇO	ESTADO: PE	
Nº PRONTUÁRIO: 1135306	Nº CARTÃO SUS:		
INTERNAMENTO/CIRURGIA:			
EMERGÊNCIA (ALA/BOX):		CLÍNICA (ESPECIALIDADE):	ENFERMARIA/LEITO: EMEN6
HOSPITAL DIA: ()		CENTRO CIRURGICO AMBULATORIAL: ()	SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ()
DATA DE INTERNAMENTO: 26/10/19	DATA DE CIRURGIA: 1/1	DATA DE ALTA: 30/10/19	DATA DO ÓBITO: 1/1
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, <u>20</u> de <u>Novembro</u> de 20 <u>19</u>  ASSINATURA DO SOLICITANTE E/OU RESPONSÁVEL LEGAL Nº DO RG OU CPF	

Av. Gal. San Martin s/n – Cordeiro
Recife – PE - CEP. 50.630-060
Fone: 0XX.81.3184.5600
E-mail: hgvsec@saude.pe.gov.br

SDC.1001.V.1.2013





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

Medicina / Internista

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

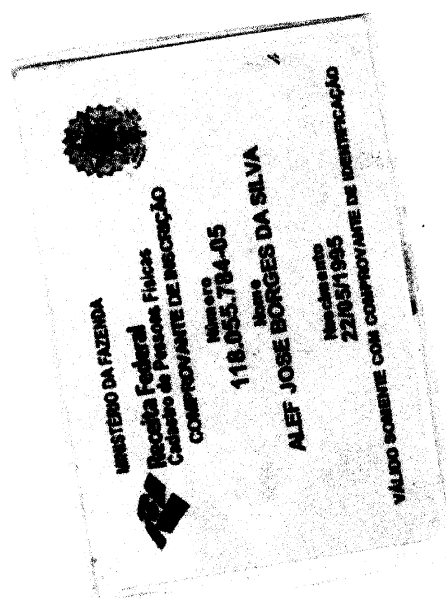
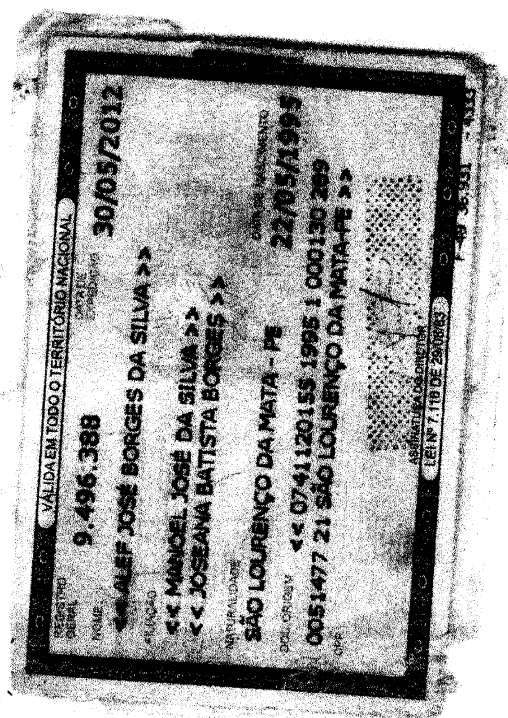
CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

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

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531
Dr. Henrique Costa Barbosa
Fono: 3412-3800
CRM: 10531







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.

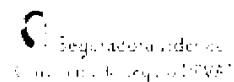
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

