



Número: **0049136-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69718 187	19/10/2020 14:50	ANEXO 1	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180476776**

Vitima: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**

Data do Acidente: **15/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180476776**.

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 13469957

Pag. 00587/00588 - carta_01 - INVALIDEZ

00020294



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180476776**
Vítima: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**
Data do Acidente: **15/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180476776**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência ilegível
- DUT ilegível

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

Pag. 00731/00732 - carta_03 - INVALIDEZ

00050366



Carta nº 13470100



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180476776 Cidade: Amaraí Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA Data do acidente: 15/05/2018 Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal preencherá assim: 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 ASE

CPF do Vítima

Nome completo da vítima

082.466.994-08

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA		CPF titular da conta	082.466.994-08	Profissão
Endereço	2ª TRAV. SAMUEL COELHO		Estado	81	Categoria
Bairro	Cidade	ALTO DO CUIZINHO	UF	PE	CEP
					35515-000
					Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ DECLUSO INFORMAR	FAIXA RENDA	ATE R\$ 1.000,00	7 R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 1.500,00	☐ R\$ 1.501,00 ATE R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPEIRAS (somente para tit. bancas abater Assinatura única opção)			
☒ BANCARIA (1237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (343)			
☐ CAIXA (ECONOMICA FEDERAL) (104)			
AGÊNCIA	CD	CONTA	SV
116	9	20.394	7
Telefone Agência (DDD)			
Telefone Agência (DDD)			

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.

AMARAL - PE 08 de 10

Local e Data

de 18 05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOCHA
DE SEGUROS LTDA

10 MIT 719

Rua da Aurora, Nº 175, S. 902 BL. 2
Bela Vista - CEP 50.060-010

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

9 APR 2021 10:01:20Z



17/AGO/2018 10:02

BRABESCO - SALDOS

CICSM12 AT15

1116 ESCADA

07-05

20.394-7

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ

082.464.994-06

DISPONIVEL

* Total Disponivel

15,00-

* Conta Facil(Cta Corrente + Poupanca)

15,00-

Total de Recursos

15,00-

Sujeito a alteracoes

Fi

m

-

n

PF 1=guia 2=desc 3=atli 4=nov.cta 9=lanctos 10=extr 11=ex.me

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10/07/2019
Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. I
São Vito - CEP: 50.069-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 12ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP 12ª CIRC DINTER 12ª DE SEC

21/08/2018 11:42

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000617

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/08/2018 às 15:15

Complementa o B.O. Número: 18E0156000485

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 15/5/2018 às 11:49

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, RUA SENADOR DAVINOPONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068160816 (RG) Estado Civil: AMASIADO(a) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 997595501

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 81, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: P608806 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 565335765 Chassi: 9C3KD0540D1H54879



Detm de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DAVINO PONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CACHORRO NA SUA FRENTE E O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU BATENDO NO CACHORRO E CAIU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA Matrícula: 273355-2

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 MIT 2019
Rua da Aurora, 10 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





26/06/2018 10:28

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 08ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARA II - 0P66º CIRC DINTERM 7º DE SEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000485

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/06/2018 às 15:35

ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 15/06/2018 às 11:49 h.

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARA II, RUA SENADOR DIVINO PONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARA II/PERNAMBUCO/PE/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 MIT 2019

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (usado na direção da ocorrência), que estava em posse do Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mês: JUNHO - DIA: 26 - RUA: REGINA DO MONTEIRO DA SILVA - Cidade: Nascimento: 20/11/1984 - Nacionalidade: AMARAL/PERNAMBUCO/BRASIL - Documento: 728106805PE (RG) - Estado: CAC - ANSIAÇÃO - Exatidão: 2ª - GRUPO COMPLETO - Profissão: AGRICULTORA - Telefones Celulares: 967399901

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARA II, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - AMARA II/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa da Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA.
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA MOTO 8000 Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA

Placa: PGO8886 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 200335765 Chassi: 9C7K105411R154879

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DIVINO PONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CACHORRO NA



Unidade Judiciária

file:///C:/Users/Posca/Desktop/infopolxmu/5382preview.html

SUA FRENTE E O MESMO FOI TENTA DESMA DO MESMO MAIS TERMINGUBA TENDO NO CACHORRO DE CARU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BAPTISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

S/O PALACIO POSCA I FERNANDO JOSE DE SOUZA - Matrícula: 159747-7

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 125, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 56.060-010
RECIFE-PE





26/06/2018 10:38

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP6ª CIRC DINTER 1/12ª DE SEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000485

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/06/2018 às 15:35

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 15/06/2018 às 11:49

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, RUA SENADOR DAVINO PONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2019

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

REC-PE

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELINICE BATISTA DA SILVA Pa: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/DS/PE (RG) Estado CIVIL: CASADO(A) Escolaridade: 2ª GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997595501

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 81, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG05806 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO Renavam: 565535765 Chassi: 9C2KD0540DR154879

Complemento/Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DAVINO PONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CACHORRO NA

Scanned with CamScanner



26/06/2018 15:24

atum de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOZPreview.html

SUA FRENTE E O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU BATENDO NO CACHORRO E CAIU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

X
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

B.O. registrado por: FERNANDO JOSÉ DE SOUZA - Matrícula: 159747-7

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07/06/2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLICIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP 6ª CIRC DINTER 1/12ª DE SEC

21/08/2018 11:42

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000617

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/08/2018** às **15:15**

Complementa o BO Número: 18E0156000485

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumido) que aconteceu no dia 15/6/2018 às 11:49

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, RUA SENADOR DAVINO PONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXANDRO (AUTOR AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELINICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(a) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: -997395501

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 81, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG05806 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 565335763 Chassi: 9C2KD0540DR154879

Scanned with CamScanner



Detim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/Infopol/html/BOEPreview.html

Complemento/Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DAVINO PONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CACHORRO NA SUA FRENTE E O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU BATENDO NO CACHORRO E CAIU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA Matrícula: 273355-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2019

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

Scanned with CamScanner





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ALEXANDRO MONTAÑO DA SILVA

CPF da Vítima

082.464.994-08

Data do Acidente

07/04/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Telefone Celular

E-mail

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, pela 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 a perícia médica. As costas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito da contestação, sendo diferente do que costuma ocorrer.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 52.060-010

RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ALEXANDRE MONTAÑO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

BAL 1001 1021





AMARAJI
REPÚBLICA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15/05/18 Nº 121.330
NOME: Alexsandro Montano Silva PESO: _____ SEXO: M IDADE: 34
D.N.: 20.11.84 MÃE: Eunice Batista Silva
END: R. Samuel Coelho Nº _____ BAIRRO: _____
PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Bras
RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº _____
QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de Moto
ACIDENTE / HORA: _____ TEMPERATURA _____ PA _____ HORA DO ATEND.: 09:20
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

Transferido
ORV
hora de chegada
5427-0105.802.494
TRACAO COLETA
DE SEGURO
10
Rua da Aurora, 101 - Fone: 3266
09/05/18

TÉCNICO DE ENF: Elaine Ventura ENFERMEIRO: _____

ASSINATURA MÉDICA

Scanned with CamScanner



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01116-9

CONTA: 000000020394-7

Nr. Autenticação

BRADESCO2311201805000000000023701116000000020394168750 PAGO



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO **CONTA D'ÁGUA**

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Insc. Est.: ISENTO

RECORRÊNCIA: 0004345.6 CLS: PAR CAT: 100 TAR: NM EDO: 001 INCLUSÃO EM: 01/06/09 NF/CONTA: 180015596 EMISSÃO: 27/04/2019 MÊS/AN: ABR/2019

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA
2ª TRAV. SAMUEL COELHO, 81
B. ALTO DO CRUZEIRO
AGRAJÁ

Cep: 55.515-000
PERNAMBUCO

LOCALIZAÇÃO
00.00.07.0000004190

PROMETILA

DATA INSTALAÇÃO

DATA LEITURA

DATA DE CONSUMO

LEITURA

TARIFAS

10/10 10,00

OS CONSUMOS

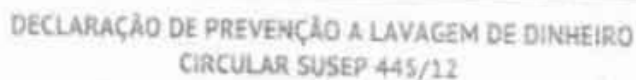
000 01/01/18 00010
000 02/01/17 00010
000 03/01/17 00010

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

05.802.494/0001-01
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

10/10/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





INFORMAÇÕES IMPORTANTES

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASP?TTIPO=1&CODIGO=28634>

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

Copyright © 2010 by Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro - EEDU, todos os direitos reservados. A estrutura do Manual de Fatores, bem como a tradução dos artigos, são de propriedade intelectual da EEDU e não podem ser reproduzidas sem a autorização expressa da EEDU.

Nome: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

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

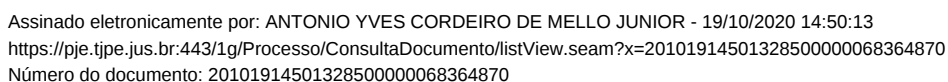
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OCT 2018

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

104 CME-PM

ADAPTATION 427 CONCLUSIONS





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/doc/original.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.213/98.

Pelo exposto, eu LUCAS VINÍCIUS NAIÁ ESPULVEDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.335/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE MONTEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464.994/08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRE MONTEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464.994/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA DA MATRIZ</u>	<u>45</u>	<u>65-10</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>CENTRO</u>	<u>ESCALADA</u>	<u>PE</u>
CEP	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
	<u>(81)3011-3224</u>	

ESCALADA PE, 06 de 11 de 18

Local e Data

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 NOV 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned with CamScanner





AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15/05/18 Nº 121.330
NOME: Alexsandro Monteiro Silva PESO: _____ SEXO: M IDADE: 34
D.N.: 20.11.84 MAE: Faunice Batista Silva
END.: L- Samuel Coelho Nº _____ BAIRRO: _____
PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Bras
RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº _____
QUEIXA PRINCIPAL: Medida de Morte
ACIDENTE / HORA: _____ TEMPERATURA _____ PA _____ HORA DO ATEND.: 09:20
DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____
ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S () N ()

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA

transfuso
ORL
hora 20.00 - Pulmão
5427-0105.802.49
THACIO CORRÊA
DE SEGUROS
10
Rua da Aurora, nº 1
São José - CEP 01000-000

TÉCNICO DE ENF.: Eliane Monteiro ENFERMEIRO: _____
ASSINATURA MÉDICA: _____



Nome do Paciente: <u>Alexandro Martins de Silva</u>		Número do Registro: <u>7321004</u>
Cirurgião: <u>[Assinatura]</u>		
1º Auxiliar: <u>[Assinatura]</u>	2º Auxiliar:	
Instrumentador: <u>[Assinatura]</u>	Anestesiologista:	
Ajuda:	Duração:	
Data da Cirurgia: <u>15/07/18</u>	Local: <u>Leão Campes</u>	
Dr. <u>[Assinatura]</u> Pós-Operatório:		

Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico

Descrição Cirúrgica

Parotidectomia em subtotal
 Profunda + Anterior
 Colocados os longos operatórios
 Abertura por planos
 Limpeza
 Redução + Fixação (Plano +
 Parafusos
 Sutura
 Curativo



[Assinatura]

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



Nome do Paciente:

Enfermería:

Registro:

Leito:

15/05/18

Plaint submitted to a magistrate
to sample etc

16/05/18

Print C1356, just new from
Chico in Central &
MFA Hospital

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDA

Rua da Aurora, nº 173, Sl. 902 B
Bom Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

CONFERS.COM ORIGINAL





AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que no dia, 16/05/2018, deu entrada nesta unidade de saúde o senhor Alessandro Monteiro Silva, onde foi medicado em seguida transferido para o Hospital Regional de Palmares. De que eu Amaro Fernando de Andrade Júnior, declaro a seguinte declaração em 21/05/2018. Conforme Boletim de emergência de nº- 121.330 e senha de transferência de nº-5427010 em anexo.

AMARO FERNANDO DE ANDRADE JUNIOR
DIRETOR ADMINISTRATIVO

Amaro Fernando de Andrade Junior
Diretor
Portaria 0001/18

05.802.494/0001-41
TRACAL SECRETORIA
DE SEGUROS LTDA

18.000.779

Amaraí, 16 de Maio de 2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI
Rua Rocha Pontal, 72 - Centro - Amaraí - PE - CEP: 55516-000
Fone: (81) 35531844 - CNPJ: 11.204.360/0001-40

Scanned with CamScanner



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2428192
3 - ESTABELECIMENTO REQUISITANTE	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	2428193

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	6 - CNES
<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>[Handwritten Signature]</i>

7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza	11 - Etnia
	00.11.84	M	Pardo	
12 - Nome do Paciente	13 - Telefone de Contato	14 - Telefone de Contato		
Eumir Bastista da Silva				

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - CEP
2ª Travessa Unasol, Coqueiros	5551500
17 - CID 10 Principal	18 - CID 10 Secundária

19 - CID 10 Causa Associada	20 - CID 10 Causa Associada

21 - CID 10 Causa Associada	22 - CID 10 Causa Associada

23 - CID 10 Causa Associada	24 - CID 10 Causa Associada

25 - CID 10 Causa Associada	26 - CID 10 Causa Associada

27 - CID 10 Causa Associada	28 - CID 10 Causa Associada

29 - CID 10 Causa Associada	30 - CID 10 Causa Associada

31 - CID 10 Causa Associada	32 - CID 10 Causa Associada

33 - CID 10 Causa Associada	34 - CID 10 Causa Associada

35 - CID 10 Causa Associada	36 - CID 10 Causa Associada



Nome do Paciente	Registo
Alexandre Monturo da Silva	74004
Clinica	Leito
Diagnóstico inicial (Constante de Laudo Médico)	7
Procedimento Solicitado	
Tempo de Permanência Previsto	

Procedimento Realizado		Código
Código	EQUIPE	NOME
	Cirurgião	
02	1. Aux. Cirúrgico	
03	2. Aux. Cirúrgico	
04	Demais Aux. Cirúrgicos	
05	Anestesiista	
06	Clínicos	

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti-RH
☐ Longa Permanência

- ☐ Uso de Prótese Ortopédica
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso

Paciente submetido a
 cirurgia de amputação de membro superior direito

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 RTT 77

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. 1
 Boa Vista - CEP: 41260-010
 RECIFE-PE

Diagnóstico Definitivo	CID
Diagnóstico Secundário	CID
Motivo da Alta	
Data de Internação	Data de Alta
15/01/18	16/05/18
Dias de Hospitalização	

EXPRESSO GRÁFICA - IMPRESSÃO



Nome: Alexandro Monteiro da Silva Idade: 45 Anos
 Sexo: M e F
 Endereço: Avenida
 Data da Responsabilidade: 20/10/2020 Hora: 14:50

Reserva: 734004
Amaral

OPD/HDA: De FÉRIA tag D

670: Deu, Deformado

7: tag D

Conduta na Emergência: Ho Ceg

CONFERE COM O ORIGINAL

7: Evolução na Emergência: Ho Ceg

6) Destino do Paciente:
☐ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao Laboratório ☐ Transferência para Outra Unidade
☐ Internamento ☐ Óbito ☐ Outro

7) Condições de Saúde do Paciente:
☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10/11/2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



FICHA DE ANESTESIA

Data

CNH 5 2435281

Paciente **Alexsandro Montano da Silva**

Registro **734004**

Sexo **M** Cor **M** Idade **33** Tipo **I**

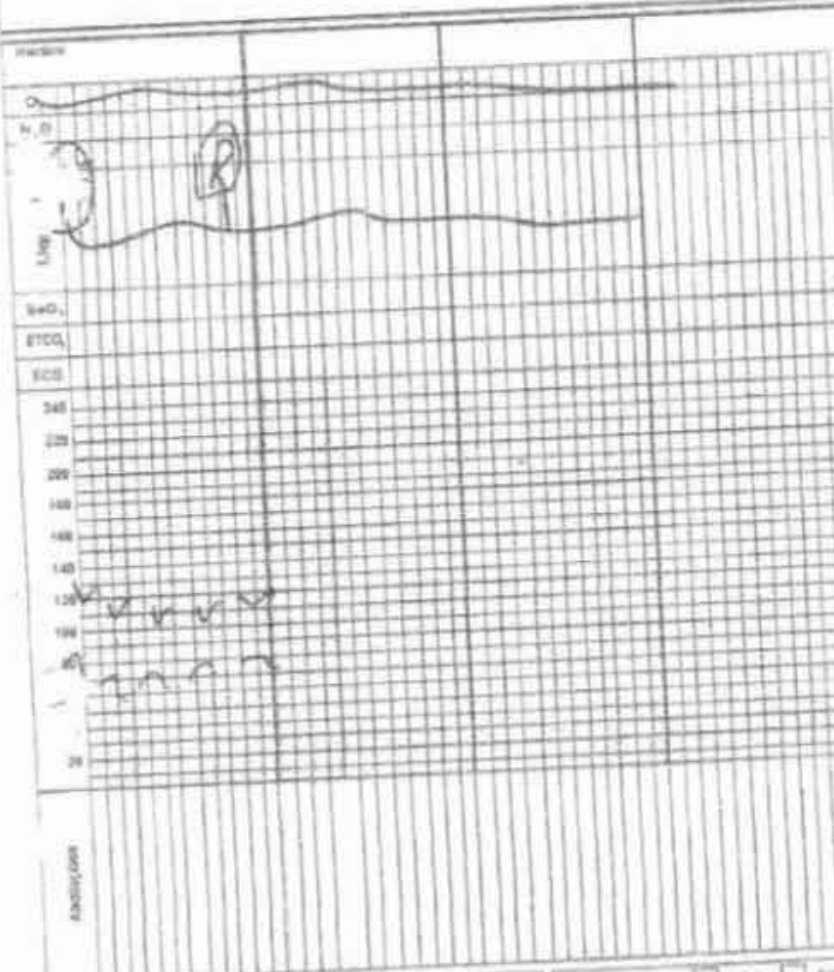
CNH **7191**

Endereço **Antônio Feres**

Nome Completo **Antônio Feres**

Insuficiência ☐ Não ☐ Sim

Exame **TLº Cerviço de fratura lombar ①**



Drogas usadas **Neopar 12 40**
Ceftriaxona 2g



Tipo de Anestesia **Rapido 2-4**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10/11/2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50160-010
RECIFE-PE

- Monitorização
- ☒ Cardíaco
 - ☒ Oximétrico
 - ☒ RCP
 - ☒ Sonda Vesical
 - ☒ Capnógrafo
 - ☒ Extal. Pré-Cardíaco
 - ☒ Outros
 - ☐ RCP
 - ☐ Temperatura
 - ☐ Sinais-Gatilho
 - ☐ Analisador Gases
 - ☐ PVC
 - ☐ Estimulador de Nervos
 - ☐ Linha Arterial
 - ☐ Visão de BIP Plus

- Encaminhado
- ☒ Aceito
 - ☐ Suspeito
 - ☐ Inviável
 - ☐ Desiste
 - ☒ Fuga
 - ☐ Agredido
 - ☐ UTI
 - ☐ Exame

Responsabilidade ☒ NÃO ☐ SIM

Observações

Observações

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:50:13

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 19/10/2020 14:50:13





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SILVIO FERREIRAS MAGALHÃES

SUS **PERNAMBUCO**
SISTEMA DE SAÚDE

HRP
Hospital Regional de Palmares Dr. Silvío Ferreiras Magalhães
CNPJ: 24.783.913

AVALIAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO

Idade: 33 Registro: 73004

no: Alexandre Pontes de Silva

Cirurgia Proposta: Frot. Tuz 1

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

Problemas Detectados

radiovascular
dócrino
ular
urológico
isculo-Esquelético
spiratório
nutritório
mportamental
ficiênciaas
rgias
no/Reposuio
itros
pectativas

Admissão por: Wazziliza

Procedimento: ☐ Externo ☒ Interno ☐ Urgência ☐ Outra

Parturicos: ☒ Não ☐ Sim

Problemas Encefálicos: ☒ Cerebr ☐ Anuloso ☐ Agudo ☐ Depressivo ☐ Choroico

Condição da pele: ☒ Não ☐ Sim ☐ Lesões ☐ Exames ☐ Não ☐ Sim

Jejum: ☐ Não ☐ Sim

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Viroclon ☐ Anep N° ☐ Scalp N° ☐ Local

☐ Anep N° ☐ Injetor

☐ Fiação ☐ Espandrapo ☐ Transporte ☐ Microprore

☐ Elatodios ☐ Dilatação Pupilar ☐ Hemorragioleste ☐ Tricofilia Local

IA: ☐ melle ☐ FC ☐ temp ☐ Glicemia ☐ pulst

EFECUAÇÕES INADIAS ☐ Eula ☐ Pre-Anestésico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em BB, para procedimento cirúrgico de frot. Tuz 1, com diagnóstico de HSD e DHO, segun a H.

Encaminhado a SO às 17h

PLANO DE CUIDADOS

Grupo Sanguíneo

Passado Cirúrgico ☐ Não ☐ Sim

Complicações ☐ Não ☐ Sim

Exatidão das Análises ☐ Não ☐ Sim

05.802.494/0001-41
THACAD CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2014
Rua da Paz, Nº 175, 51.802-010
Bom Vol - CEP 50.060-010
RECIFE

COPIA ORIGINAL
COM O
PROCURADOR
GERAL DO ESTADO
DE PERNAMBUCO
E O MINISTRO
DA SAÚDE



SAÚDE

PERNAMBUCO

BOLETIM CIRÚRGICO

CNS 242391

Nome do Paciente:	Wanderley Rodrigues de Almeida	Número do Registro:	734004
Cirurgião:			
1º Auxiliar:		2º Auxiliar:	
Instrumentador:		Assistente:	
Anestesia:		Duração:	
Data da Cirurgia:	15/07/18	Local:	
Dr. ou Responsável Pré-Operatório:	Noturno		Leandro de

Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico

Descrição Cirúrgica

Adesões existentes em suturas
Aspirar + Antenepre
Colocar os pontos operatórios
Adesões por pontos
Ligadura
Reduzir + Fixar a Placa
Parafusos
Suturar
Conectar

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, Bloco C
Boa Vista - CEP: 50.010-010
RECIFE-PE



Assinatura

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico



Data do Atendimento: 15/05/2018 Hora: 15:04:47
 No. Atendimento: 733982 Urgência / Emergência
 Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Nome: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA Idade: 33 Anos, 5 Meses e 25 Dias Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 20/11/1984
 País ou responsável: EUNICE BATISTA DA SILVA
 Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO, 91 - CENTRO - 55010000
 Cidade: AMARAJI Tel.: 81 97595501 Hora do Atendimento: / / Hs

Queixa Principal:

Acute Rotacao tag B



Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MIO ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐
 Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Escore:

E: Abdomen:

Exposta 17(0)

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Intelect

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

POSCIENTE REFERIDO COM SENHA 6427010, COM HD: FRATURA DE FIBULA

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS/CM.

Evolução de Enfermagem

* Destino do paciente: ☐ Alta para casa ☐ Encaminhamento ao Ambulatório ☐ Internação ☐ Alta Malhada ☐ Transferência para outra unidade ☐ Outro ☐ Piorada
 * Condição do Paciente: ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura
 05-802-184/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10 OUT 2018
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



DADOS PESSOAIS

Data da Internação: 15/05/2018

Hora: 15:56

Prontuário: 208643

Atendimento: 734004

Nome: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

Data Nasc.: 20/11/1984

Idade: 33

Sexo: MASCULINO

Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO

Bairro: CENTRO

Cidade: AMARAJI

Estado: PE

CEP: 55515000

Fone: 35518450

CPF:

CNS: 896002990100026

Nome da Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA



DADOS DA INTERNAÇÃO

Origem de Atendimento: SETOR DE INTERNAMENTO

Unidade de Internação: OBSERVAÇÃO ADULTO FEMININA

Leito: 08 AF L2

Tratamento: 0301080070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Motivo do Atendimento: PLANTONISTA TRAUMATO-ORTOPEDISTA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 55.060-010
RECIFE-PE

Funcionário Responsável pela Internação
ERICKHSM



AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2426393
3 - ESTABELECIMENTO PRESTADOR	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES UN SILVIO MAGALHÃES	2426393

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	6 - N° de Registro
<i>Alexandro Martins da Silva</i>	<i>00000000000000000000</i>

7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza	11 - Estado
	20.11.84	☒ M ☐ F	Pardo	
12 - Nome do Mãe	13 - Telefone de Contato			
<i>Eurínia Bastista da Silva</i>				
14 - Nome Responsável	15 - Telefone de Contato			

16 - Endereço (Rua, N° Bairro)	17 - CEP	18 - UF	19 - CID
<i>D. Travessa Unakoll, Coqueiros</i>			
<i>Ararap</i>			
20 - CID 10 Principal	21 - CID 10 Secundária	22 - CID 10 Causas Adquiridas	
<i>5930</i>			

23 - Procedimento Solicitado	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Adquiridas
<i>5930</i>			

27 - Nome do Profissional Solicitante	28 - Data da Solicitação	29 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro do Conselho)
<i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i>		

30 - Nome do Profissional Solicitante	31 - Data da Solicitação	32 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro do Conselho)
<i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i>		

33 - Nome do Profissional Solicitante	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro do Conselho)
<i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i>		

36 - () Alimento do Trabalho	37 - () Acid. Trabalho Trampo	38 - () Acid. Trabalho Trampo

39 - () Emprego	40 - () Emprego	41 - () Autônomo	42 - () Desemprego	43 - () Alimento	44 - () Não Segurado

45 - Nome do Profissional Autorizador	46 - Cód. Orgão Emissor	47 - N° de Autorização de Internação Hospitalar - AIH
<i>ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR</i>	E200000003	05.802.494/0001-41

48 - Data da Autorização	49 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro do Conselho)

05.802.494/0001-41
THACIO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

10 MAR 2019

RECIFE-PE




HRP
 HOSPITAL RIBEIRO PAES
 Rua da Aurora, 175, SL 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

Unidade:	
Nome:	
Clinica:	
Reg. N°	
Enfer.	

Plata para a
ferida por que
apresenta a mesma
seção por subcutâneo
a 1.5 cm da ferida
de 5.02.6 em 1.5 cm
de 1.5 cm ap.
Plata

José Salgueiro Neto
 Trauma - Ortopedia
 CRM 12352
 CPF: 188.600.884-00
 Assinatura, Carimbo e CRM do Médico
 Data: 26.06.19

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10 JUL 2019
 Rua da Aurora, 175, SL 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETIRAM - PE Nº 013223245544

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 565535765 AN INE: 2017

ALEXSANDRO MONTENIRO DA SILVA

ANAPOLIS-PE

012 464-594-08

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

SEGURO DE VIDA DE FAMILIA - PESSOAS CAPACITADAS PARA O TRABALHO
ANAPOLIS-PE Nº 013223245544

PE Nº 013223245544 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEXSANDRO MONTENIRO DA SILVA 55513-880

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 1264

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

ANAPOLIS-PE

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

SEGURO LÍDER - DPVAT

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ALEXSANDRO MONTI RO DA SILVA
RG/CNDUTIS: 7.261.008 CPF: 082 465 995-00

End: 2ª TRAVESSA Sª MUEL CORRADO, 81, ALTO DO CRUZEIRO,
Araçatuba - PE

Outorgado: LUCAS VINÍCIUS MAIA FERREIRA
RG/CNH/CTPS: 8.378.129 CPF: 076.711.374-80

Find: RWA MAT212, 45 LT 10, CENTER - ESCADA - DE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima.

Al-Sayid Mohammed Ali

Assinatura: 26 de Junho de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
2019

10.000.000

10 0111 2-1
Rua da Aurora, 147 175, 54 902 88-1
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

ALEXANDRE LARGIAO DA SILVA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Serviço Registral e Notarial
Aracaju-PE
Cartório Cível Barcelos
Escritório Autorizado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371333/18

Vítima: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 082.464.994-08

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA : 082.464.994-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Jose Soares da Silva Filho

