

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	08/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	08/09/18 -
-------------------	----------	--------------------------------------	------------

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:  
Allison Pedro Soares da Silveira

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:  
Fratura dos ossos da placa  
Eng.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Pateossintese com placa  
e parafusos  
Fisioterapia motora - 20 sessões

ALTA MÉDICA?  SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DÉFICIT OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO  
Caso positivo descrever:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º Dor, edema, dígitos da mão
- 2º não serve esquerda
- 3º Perda de função de 25% na
- 4º pessoa é
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI/OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/09/19 A 22/09/19, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Allison F. F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 0013/CRM-MG 17608  
SBOT 12914



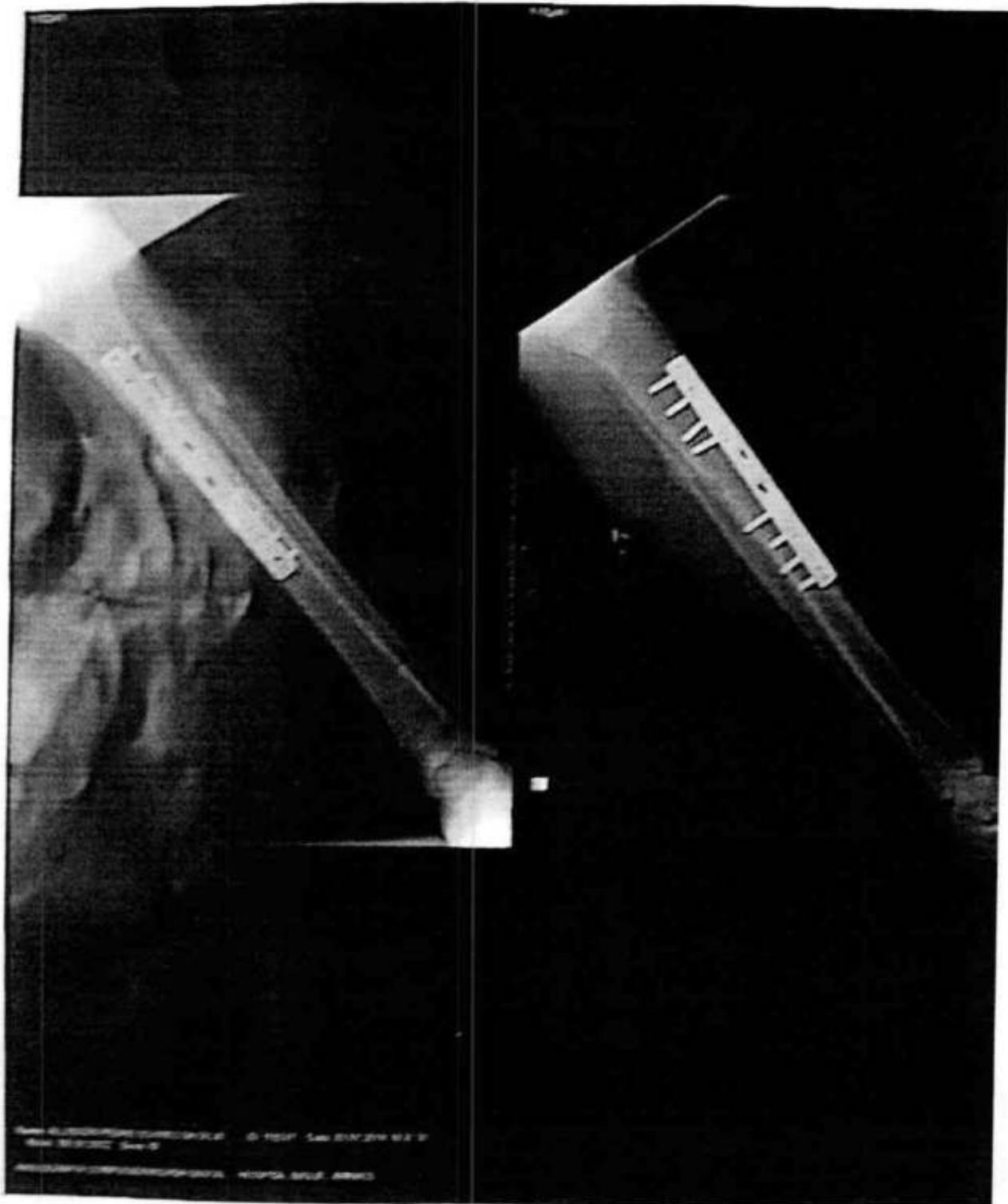
ARITANA SEGURODORA

07 FEB 2019



23 MODELOS

6 IMP



ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019  
ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019

ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019

ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019

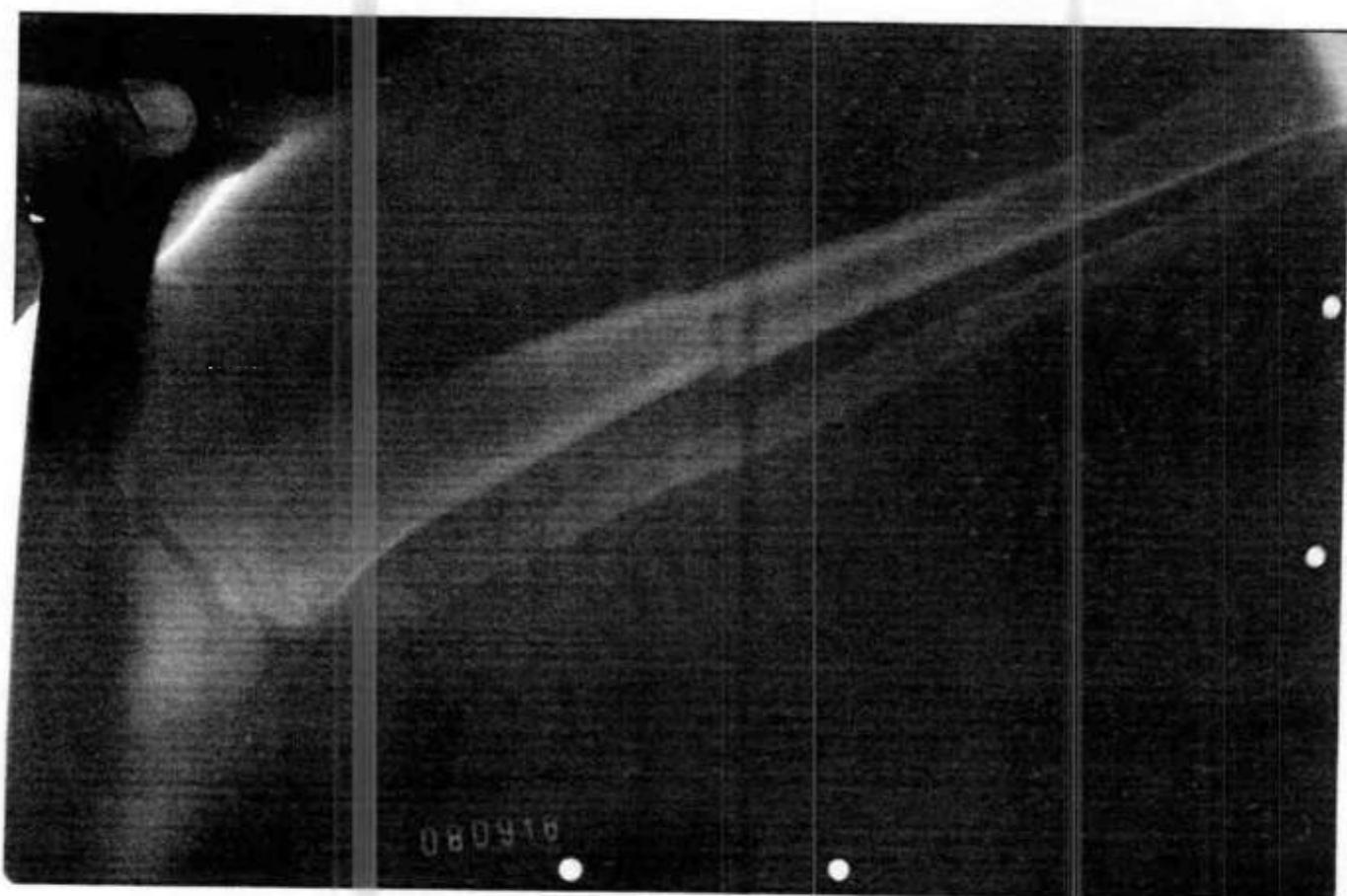
ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019

ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019

ARITANA SEGURODORA - 07 FEB 2019



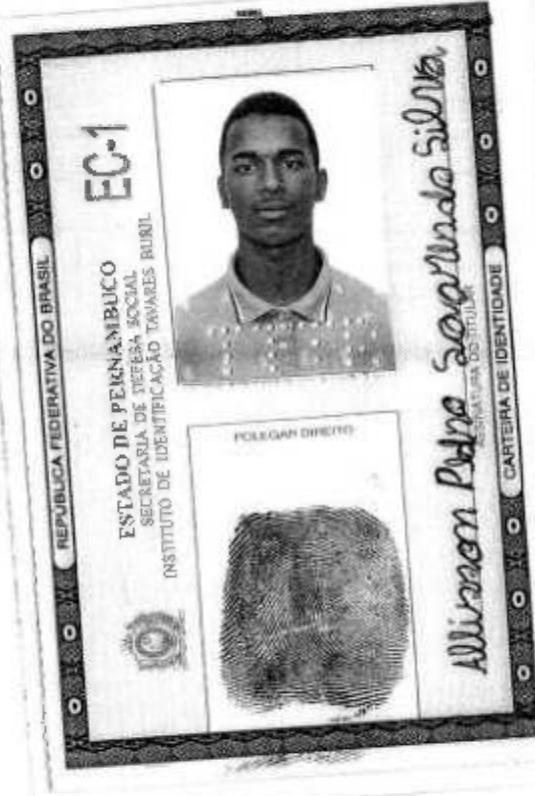
ARQUIVADA NO DIA 07/02/2018  
07 FEV 2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	10.949.586	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/12/2018
NOME « ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA »			
FILIAÇÃO	« JOSINALDO SOARES DA SILVA » « SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE »		
NATURALIDADE	ITAQUITINGA - PE	DATA DE NASCIMENTO	
		06/08/2002	
DOC. ORIGEM	« 076869 01 55 2002 1 00033 233		
0015132 72 ITAQUITINGA PE »			
CPF	159.758.324-38 <i>Willis de Carvalho</i>		
FATOS DE VIDA: NUNCA FUMOU, NUNCA BEBEU			
DELEGADO DA POLÍCIA CIVIL			
ASSINATURA DO DIRETORTE DO MTE			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			
119741200401005042.043661 F-84 15.457 - 3122			

ARUANE SÉRGIO ANDRADE  
31 JAN 2013





ARMANDO GONZALEZ  
31 JAN 1973

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PE N° 013814747045  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	CÓD. RENAVAM:	ANTRC:	EXERCÍCIO:
1	1064927639	*****	2016
NOTA: SANDRA MARIA ISIDIO DE ALEXANDRE			
ITAQUITINGA - PE			
PLACA:	085.706.744-30	PEA2270	
PLACA ANTIGA:			
Nº CHASSI:	*****	902KC2210GR000035	
ESPECIE DO V.		COMBUSTIVEL:	
PAS. MOTOCICLISTA:		MARCA/GASOL.	
MARCA/MODELO:	HONDA/CG 150 TITAN EX	ANO FAB.:	2015
CAF/PDT/CR:		ANO MOD.:	2016
CATEGORIA:	PARTIC.	COR PREDOMINANTE:	VERMELHA
COTA ÚNICA:		VENC. COTA ÚNICA:	VENC/COTAS:
I	IPVA 2016 QUITADO	1º	*****
V	FAIXA IPVA	2º	*****
A	PARCELAMENTO/COTAS	3º	*****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
			DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES:			
SEM RESERVA		DATA:	
Local:			
ITAQUITINGA - PE		23/04/16	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Presidente MFTDM/DF			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE USO TERRESTRE VIUPOR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PE N° 013814747045 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SANDRA MARIA ISIDIO DE ALEXANDRE

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO:	DATA EMISSÃO:	
2016	23/04/16	
VIA:	PLACA:	
085.706.744-30	PEA2270	
RENAVAM:	MARCA/MODELO:	
1064927639	HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.:	Nº CHASSI:	
2015	902KC2210GR000035	
FNS (R\$)	DENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL A SER PAGO NAQUITACAO (R\$)
COTA ÚNICA	PAGAMENTO:	DATA DE QUITAÇÃO:
	<input type="checkbox"/> PARCELA	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
P.F. NÃO P. PT. POSTE. CERTIFICADO.





ARQUIVA SENSIBILIZADA  
31 JAN 2003

Seguradora Líder · DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALLISON PEDRO SOARES DA SILVA  
DATA DO ACIDENTE 8/9/18 CPF DA VÍTIMA 159.758.324-38

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR RUA AVENUE DE CAXIAS

Nº 190 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO  
CIDADE COTIA/SP UF SP CEP 55900-000  
E-MAIL TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELOA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU ÁMBULATÓRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 16 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (BAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NAME

ASSINATURA

31 JAN 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190087411      **Cidade:** Itaquitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA    **Data do acidente:** 08/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190087411      **Cidade:** Itaquitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA    **Data do acidente:** 08/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO -TÍBIA: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS - E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. ALISSON F. F. VIEIRA. CRM-PE 17606, DE 22/01/2019.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: Sandra Maria Izidro de Alexandre  
RG/CNH/CTPS: 6593672 SDS/PE CPF: 085.706.744-30

Profissão: Sra Leôn

Estado Civil: Casado

End: Setor Leste Anatolia 8 Centro Itaquitinga PE

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PECPF: 083.562.324-65

End: Rua Duque de Caxias, N° 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vitima: Allison Pedro Soares da Silva.

Acidente: 08.09.2018

Cobertura: Invalidez

Itaquitinga / PE

, CF de Manaus/AM de 2018.

Sandra maria Izidro de Alexandre  
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITINGA  
Titular: FLÁVIO HENRIQUE SILVA POZZOBOM  
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTÊNTICIDADE a firma de SANDRA MARIA  
IZIDRO DE ALEXANDRE. Dón 26 Itaquitinga-PE 07/11/2018.  
Em nome do testemunho da verdade, o Fábelis  
>>> Encolamento R\$ 3,50 TMR 0,80  
VERC 0,40 Total R\$ 4,79.

Salvo: 0159624.TY909201801.00511 07/11/2018 09:54:01  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

NOTAS E REGISTRO  
Antônio Carlos do Almeida, 421  
CEP: 55.950-000  
(81) 3508-0022

AR. 31.11.2018

31.11.2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

**Vítima:** ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

**CPF:** 159.758.324-38

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/09/2018

**Titular do CPF:** ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

### ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA : 159.758.324-38

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](http://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: 31/01/2019  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Josyelli de Oliveira Cabral

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037679/19

Número do Sinistro: 3190087411

Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

CPF: 159.758.324-38

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2018

Titular do CPF: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/02/2019

Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

Data do cadastramento: 07/02/2019

Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190087411**

**Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 01 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190087411**

**Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190087411**      **Vítima: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000220-8**

**Conta: 000010050024-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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:	Nome completo da vítima:	
	159.758.324-38	Allisson Pedro Soares da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Allisson Pedro Soares da Silva		CPF: 159.758.324-38	
Profissão: Revisor	Endereço: Lo Braterio	Número: 8	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Itaquitinga	Estado: PE	CEP: 55950-000
Email: allissonpedrosoares@gmail.com	(DDD) (81)3626-3171		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0220 CONTA: 50024 Dígito: 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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.

MORTE

## 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 herdeiro (filho nascido)?  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: Itaquitinga - PE - 22.01.2019  
Nome: Allisson Pedro Soares da Silva  
CPF: 159.758.324-38

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Sandra maria Zilene Soares da Silva

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior é capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
- AUTOATENDIMENTO -

TRANSFERÊNCIA ENTRE CONTAS CORRENTES

[REDACTED]  
[REDACTED]  
-----  
FAVORECIDO  
AGÊNCIA: 220-8 CONTA: 50024-0  
CLIENTE: ALLISSON P SOARES SILVA  
VALOR: 0,01  
DATA: 22/01/2019

-----



2 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 055<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - ITAQUITINGA - DP55<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/11<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0145000604**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/11/2018 às 12:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconfeceu no dia 8/9/2018 às 15:31**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01, NO TREVO DE CHA DE SAPE -  
Bairro: CHA DE SAPE - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
JOSINALDO SOARES DA SILVA ( NOTICIANTE )  
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE ( OUTRO )  
ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALLISSON  
PEDRO SOARES DA SILVA

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

ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SANDRA MARIA IZIDIO  
DE ALEXANDRE Pai: JOSINALDO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 6/2/2002 Naturalidade: ITAQUITINGA /  
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE  
Telefones Celulares:  
- 93087166

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO ( ULTIMA RUA, CALÇADA ) (ENTRAR APÓS  
A BIU DA OFICINA, RUA CALÇADA ) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO  
/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /  
BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO  
Endereço Comercial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 01 - CEP: 0 - Bairro: CHA DE SAPE -  
ITAQUITINGA/PERNAMBUCO/BRASIL

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA IZIDIO DE  
ALEXANDRE Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 9/9/1980 Naturalidade: ITAQUITINGA / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 08670674430 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:  
DO LAR Telefones Celulares:  
- 93087166

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAQUITINGA, 08, LOT. ORATORIO (APÓS A OFICINA DE BIU, ENTRAR AS  
DIREITAS, ULTIMA RUA CALÇADA ) - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO ORATORIO - ITAQUITINGA/PERNAMBUCO

ARQUIVAMENTO  
31 JAN 2023

/BRASIL

JOSINALDO SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUCIA DA CONCEICAO  
 Pai: PEDRO SOARES DA SILVA Data de Nascimento: 27/6/1980 Naturalidade: CONDADO / PERNAMBUCO /  
 BRASIL Documentos: 5673306/SDS/PE (RG), 03320806416 (CPF), 06066689331 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)  
 Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: PEDREIRO(A) Telefones Celulares:  
 - 93087166

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

HONDA TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA PEA-2270 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE, que estava em posse do(a) Sr(a): ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN EX Objeto apreendido: Não  
 Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEA2270 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 106492783 Chassi: 9C2KC2210GR000835  
 Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL  
 Descrição: MOTO HONDA TG TITAN 160 EX COR VERMELHA PLACA-PEA-2270-ITAQUITINGA

### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DEPOL O SR. JOSINALDO SOARES, INFORMANDO QUE NO DIA 08/SETEMBRO DESTE ANO, SEGUIA PARA O DISTRITO DE SAPE E NA ALTURA DO CRUZAMENTO, SE ASSUSTOU COM A VINDA DE UM OUTRO MOTOQUEIRO, FAZENDO COM QUE ELE QUEIXOSO E SEU CARONA (SEU PRÓPRIO FILHO), CAISSEM AO CHAO; QUE NA QUEDA, ELE NADA SOFREU, POREM, SEU FILHO, (QUE TEM 16 ANOS DE IDAD), SOFREU FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA; QUE LOGO APÓS, (ALGUÉM AVISARA), CHEGOU UMA AMBULANCIA E LEVOU SEU FILHO PARA O HOSPITAL LOCAL, ONDE DEU ENTRADA E FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, RECEBIDO ALTA NO DIA 14/09/2018.

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

SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE Sandra maria Izidio Alexandre  
 (OUTRO)

JOSINALDO SOARES DA SILVA Josinaldo Soares da Silva  
 (NOTICIANTE)

B.O. registrado por: Kelsius Klein das Neves Silva - Matrícula: 387323-4



# 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:	Nome completo da vítima:	
	159.758.324-38	Allisson Pedro Soares da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Allisson Pedro Soares da Silva		CPF: 159.758.324-38	
Profissão: Revisor	Endereço: Lo Braterio	Número: 8	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Itaquitinga	Estado: PE	CEP: 55950-000
Email: allissonpedrosoares@gmail.com	(DDD) (81)3626-3171		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sujeito 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: 0220

8

CONTA: 50024

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

## 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.

MORTE

## 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: Itaquitinga - PE, 22.01.2019  
Nome: Allisson Pedro Soares da Silva  
CPF: 159.758.324-38

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina o RG  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior é capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.

Senha - 5508625

## PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAQUITINGA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE-SUS  
UNIDADE MISTA ADELINA AZEVEDO

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Paciente	<i>Alison pedro Soares da Silva</i>	DATA	<i>08/10/18</i>
Data nascimento	<i>/ /</i>	idade	<i>16 Anos</i>
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cad SUS.	Registro <i>047 992</i>
Documento			
Endereço	<i>Lot Gratuito</i>		
Filiação	<i>Sandra Maria Zulio Alexandre</i>		
Profissão/Ocupação			

## AValiação de ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

## QUEIXA PRINCIPAL

- ( ) Febre ( ) Vômitos ( ) Dificuldade de Respirar ( ) Tosse  
 ( ) Taquicardia ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tonturas ( ) Fraqueza ( ) Confusão Mental  
 ( ) Fadiga ( ) Celulite ( ) Distúrbios Visuais ( ) Diarréia ( ) Parosmia ou Paralisia de parte do corpo  
 ( ) Dor Local  
 ( ) Sangramento Local  
 ( ) Outras queixas:

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS/MÉDICAMENTOS

- ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Problemas Cardíacos ( ) Asma Bronquite ( ) Alergias  
 ( ) Tuberculose ( ) Convulsão ( ) Desmaio ( ) Tabagismo ( ) Enfisema ( ) Alcoolismo  
 ( ) A.V.C. ( ) Outro

( ) Uso de Medicamentos \_\_\_\_\_

Classificação: Vermelha ( ), Amarela ( ), Verde ( ), Azul ( )

Enfermeira Coren - PE

## SINAIS VITAIS:

PA	X	mmHg	T	°C	P	bpm	FR	rpm
Peso	Kg	HGT		mg/dl	Saturação	%		

## AValiação MÉDICA:

## Queixa Principal / Histórico da Doença:

Paciente sofreu queda de motocicleta e encontrava-se com dor intensa e inabilitade da perna esquerda.

Solicito Nossa Senhora para o paciente às 20:30 h.

EXAME FÍSICO: Senha: 5508626

Ao Miguel Araújo - Traumato ortopedista

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA / CONDUTA

- ① Transferir para ser avaliado pelo ortopedista  
 H. Regional de Linhares  
 Senha: 5508625

ARQUIVADO  
31 JAN 2019

Dr. Daniel Souza Filho  
 Médico  
 CRM/RB 11632

MÉDICO - CRM/PE  
 0505060064  
 0301800053

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00220-8

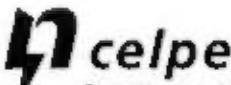
CONTA: 000010050024-2

---

Nr. da Autenticação 989B8B50B60219AC

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

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-002  
CNPJ 16.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**www.onipa.com.br**

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.439, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ovridorla 9800 262 5529

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE; 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

<b>DADOS DO CLIENTE</b>	<b>DATA DE VENCIMENTO</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b>	<b>CONTA CONTRATO</b>
SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE CPF: 085.706.744-30 NIS: 18889098345	<b>03/01/2019</b>	24/12/2018	004002528870
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b>	<b>Nº DO CLIENTE</b>
LO ORATORIO 8  CENTRO/TAQUITINGA 55960-000 TAQUITINGA PE	<b>29,55</b>	24/12/2018	2002460996
	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b>	<b>Nº DA INSTALAÇÃO</b>
	B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico	044155701	0001488168
<b>RESERVADO AO FISCO</b>	1238.BEBA.5D0D.B63B.47C5.7650.F755.4840		

**DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,18441265	5,53					
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,31613598	22,12					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,11					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,00					
Multa por atraso-NF 040454602 - 23/11/18			0,55					
Juros por atraso-NF 040454602 - 23/11/18			0,18					
Atualização IGPM-NF 040454602 - 23/11/18			0,08					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>29,56</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>					
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	27,76	0,79	0,21	27,76	3,61	1,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APROVADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
00000000040846793	CAT	29/11/2018	16.417,00	24/12/2018	16.817,00	31	1.00000	0,00	100,00	00/01/2019					
<b>DIC-Nº de horas sem Energia</b>													0,00	0,00	0,00
<b>FIC-Nº de vezes sem Energia</b>													0,00	0,00	0,00
<b>DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua</b>													0,00	0,00	0,00
<b>DIC RI-Duração da Interrupção em dia útil</b>													Límite DIC RI: 0,00		
<b>EMBD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 13,81</b>															
<small>Todos os consumos podem sofrer alterações a qualquer momento.</small>															

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO	
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
		MÍNIMO	MÁXIMO
Pague no ponto mais perto de vocês ag correios Itatim: avenida antônio carlos de almeida centro / poste de mediamente nessa se: av antônio carlos de almeida 387 centro/Lista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> .	"	220	202
No dia da fatura a bandeira é Verde. Mais informações em <a href="http://www.mnel.gov.br">www.mnel.gov.br</a> .			231
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês		CONFIRMADO	
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.		CONFIRMADO	
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei MF 10.438 de 28/04/02 - R\$ 27,01.		CONFIRMADO	
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.		CONFIRMADO	

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
004002526870	12/2018	29,65	03/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cahorro será usado em leitora ótica.

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitura ótica.**



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

[www.BECCompressSenseCloudFutureTech.com](http://www.BECCompressSenseCloudFutureTech.com)

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento [para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h]

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC [para reclamações e sugestões, 24 horas por dia]: 0800 022 81 89 | SAC [para deficientes auditivos e de fala]: 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Juá Guilherme mangabeira da Carvalho

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Sandra maria Sídio da Cilecondue inscrito (a) no CPF sob o N° 085.706.744 / 30

do sinistro de DPVAT cobertura Imóveis da Vítima Allison Pedro Soares da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o N° 159.158.324 / 38, 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 Lider-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:	<u>Rua Duque de Caxias</u>	Número:	<u>170</u>	Complemento:	<u>10</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Joána</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>amiltonjaria.joana@gmail.com</u>	CEP:	<u>55900-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Joána - PE 22.01.2019

  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sandra maria Izidro de alexandre,  
RG nº 6593672, data de expedição 18/12/1988,  
Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 085706744-30, com  
domicílio na cidade de Itaquittinga, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
26. Andariz, nº 8,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Allison pedro Soares da Silva, cujo o condutor era  
Josivando Soares da Silva.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda/CG Titan 160 EX  
Ano: 2015  
Placa: P6P 2270  
Chassi: 9C2KL2210GR000835  
Data do Acidente: 08.09.18  
Local e Data: Itaquittinga PE et/11/2018

Sandra maria Izidro Alexandre  
Assinatura do Declarante



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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE ITAQUITTINGA  
Titular: FLÁVIO RENÍQUIQUE SILVA SOARES  
Telefone: (81) 3508-0022

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE a firma da SANDRA MARIA  
IZIDRO DE ALEXANDRE. Dou fá Itaquittinga-PE 07/11/2018.  
Em testemunho da verdade, o tabelião  
>>> Emolumento R\$ 3,89 - Taxa R\$ 0,80  
FERC 0,40 Total R\$ 4,79.

Selo: 0159624.5XV09201801.00509 07/11/2018 09:54:01  
Consulta autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

DEPARTAMENTO DE NOTARIAS E REGISTROS DE ITAQUITTINGA - PE  
RPS de Almeida, 421  
P: 55.950-000  
3508-0022

ARUANA REGISTRADORA  
31 JAN 2013

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 09/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 09/09/18 -
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Allison Pedro Soares da Silveira</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Fratura dos ossos da placa ENG.</i>	

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA'S):

*Pateomintese com placa  
e parafusos.  
Fisioterapia motora - 20 sessões*

ALTA MÉDICA?  SIM  NÃO

EXISTE ALGUM DEFÍCITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?  SIM  NÃO  
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:  
 A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Dor, edema, algodão de ferro</i>
2º	<i>ma perda esquerda</i>
3º	<i>Perda de função de 25% na perna</i>
4º	<i></i>
5º	<i></i>

AFIRMO QUE ASSISTI/E OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 22/10/119 A  
72/01/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Graiana PE 22/10/19 LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Allison F. F. Vieira  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PB 00137/CRM-FE 17808  
SBOT 12014

ARUANA ACCIDENTES  
31 JAN 2019





Atendimento: **443780**Data e Hora: **08/09/2018 21:57**

Senha da Classificação:

**0038**Paciente: **118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA** Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **08/08/2002** Idade: **16 anos** Convenio: **2 SUS - EXTERNO / URGENCIA**

Nome da Mãe::

Estado Civil: **SC ATENDIMENTO: 443849 REGISTRO: 118247 SAME: 105268 EDIA CRM: 12346**PACIENTE: **ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA**Endereço: **LOT 1 NASCIMENTO: 6/8/2002 IDADE: 16 SEXO: MASCULINO**Cidade/UF: **ITAC MÃE: SANDRA MARIA IZIDIO DE ALEXANDRE**PAI: **JOSINALDO SOARES DA SILVA**ENDERECO: **LOT HORATORIO n°: 8**BAIRRO: **CENTRO**CIDADE: **ITAQUITINGA**Bairro: **CENTRO**Ento: **WESLEYFS**

Os / Visitantes

Data Entrada Bi

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

*Preciso ir para de ser de novo. No dia 08/09/2018, fui suspeito em MIE*

#### Exame Físico

*Exame de fundo de ura MIE*

#### Hipótese Diagnóstica

*Fa leitura de opus da ferro ura*

#### Prescrição Médica

*① Internamento*

*+ Dr. Romualdo Guerra*

#### Assinatura e Carimbo/Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

) Encaminhado ao setor de internação

*ARQUIVADA COLEGIADORA*  
31 JAN 2018



# PERNAMBUCO



IMIP

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA REG:118247

**CLÍNICA:** \_\_\_\_\_ **ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **LEITO:** \_\_\_\_\_

11.09.18  
06:00

+ Sint

Fez fr dos ossos da perna ①

Paciente evolu estabe 8  
dias no movimento. Bem.  
Orientado para exercer atividade  
Afonal

MED - Tala corporcular  
com Ab. Circun.

Dr Samuel Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26.555

12.09.18

06:00

+ Sint

Fez fr dos ossos da ferida ①  
Paciente evolu estabe 8  
dias no movimento. Bem  
Orientado para exercer atividade  
Afonal

MED - Tala corporcular

co. Ab. Circun.

Dr Samuel Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26.555

13.09.18

05:50

+ Sint

Fez fr os ossos da ferida ①  
Paciente evolu estabe 8  
dias no movimento. Bem.  
Orientado para exercer atividade  
Afonal.

MED - Tala corporcular

co. Ab. Circun.

Dr Samuel Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 26.555

14/09/18

17:00

+ Sint + HD Postop (13/09) RAFI tipo abr

+ perfusão glicose 5%

fazendo endovenos lêm, em 1000 ml de glicose 5% ②

po 10ml: ebv apresabat

po 10ml: glicose 5%, sódio bicarbonato

cd: O RHP hospital São Vicente Antônio

O laboratório somente 11h para 14hs

o dia seguinte dia com intervalo

Filipe Góes  
medicina intensiva

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Setor de Cirurgia : 51838  
Paciente : 118247  
Convênio Atend.: 1  
Leito : 690  
Dt. Início : 13/09/2018 15:02 Dt. Fim : 13/09/2018 16:18  
Pre-Operatório : S822  
Pós-Operatório : S822  
Sala : 0002 SALA 02  
ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-14  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA  
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 443849  
Carteira :  
Idade : 16 Anos 7 Dias 16 Horas

### Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIAO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE DOS OSSOS DA PERNAS ESQ )  
CIRURGIA: OSTEOSÍNTSE COM PLACA DCP 4,5 mm + Parafuso  
CIRURGIÃO: DR. CRYSTIAN  
EXÉRCITO: DR. MATHEUS PASSOS, DRA. MARILIA LIMA  
ANESTESISTA: DR. CLAYTON  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

Matheus Passos Maia Coelho  
Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE 24.338

- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;  
- GARROTE EM MIE;  
- ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;  
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;  
- INCISÃO EM FACE MEDIAL DE PERNAS ESQ  
- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DE TIBIA  
- APOSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5 DE 10 FUROS, FIXAÇÃO COM 4 PARAFUSOS CORTICais DISTais E 4 PARAFUSOS  
- CORTICais PROXIMAlS  
- LIMPezA COM SF 0,9%;  
- FECHAMENTO DA INCISÃO POR PLANOS COM VICRYL 1.0 E NYLON 3-0;  
- CURATIVO  
- RETIRADA DE GARROTE  
- OBSERVADA BOA PERFUSÃO  
- CURATIVO;  
- REALIZAR CONTROLE COM RX;

#### Medidas Cirúrgicas:

#### Descrição Complementar

25/09/18

ARIANA SECRETARIA  
31 JAN 2013

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
CRM : 14313

Matheus Passos Maia Coelho  
Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE 24.338

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 443780 Prontuário: 118247 SAME: 105268 Hora Atend: 21:57 Data Atend: 08/09/2018  
Paciente..... : ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA Idade: 16 a  
Endereço..... : LOT HORATORIO  
Bairro..... : CENTRO  
Cidade..... : ITAQUITINGA UF.: PE CEP: 55950000  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal..... :  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída : 21:56  
Data Saida..... : 09/09/2018

Prestador da Evolução Médica:

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARUANA OCCIPENDORA  
31 JAN 2019

Atendimento: 443849

Dt Atendimento: 09/09/2018 - 21:57

Dt Alta: 14/09/2018 - 17:35

Paciente: 118247 ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 690 VERD2-14 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANDERSONSC

CID:

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

Observação de Alta

ALYNE DE MOURA AZEVEDO

ARUAMA SECURADORA  
31 JAN 2013

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 443849

Usuário: ROBERTAMB

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

## DADOS DO PACIENTE

Paciente:	<b>ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA</b>			Frontuário:	118247
Idade:	16a 1m 4d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:				Telefone:	
Endereço:	LOT HORATORIO			, 8	- CENTRO
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			CEP:	55950000
Convênio:	SUS - INTERNACAO			- ITAQUITINGA - PE	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Data e Hora da Internação:	9/9/2018 21:57
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Plano:	GERAL
Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14					

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Name:	R.G.:	C.P.F.:	<i>25.09.18</i>
Endereço:	- Número:	<i>Elvina</i>	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:	

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta: *14/09/18* Hora da Alta: *8 : 00*

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: *Bols condutora chata*

Diagnóstico Principal.....: *Fractura ossos da Perna E*

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: *REVISADO RADIOTERAPIA + Fractura*

*J* Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Sandra maria Souza de Oliveira*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

*ARQUIVADO*  
*31 JAN 2013*

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/09/2018 21:52

Nome Paciente:	ALLISSON PEDRO SOARES DA SILVA
Cód. Paciente:	118247
Data de Nascimento:	06/08/2002
Sexo:	Masculino
Idade:	16
Senha:	0038
Convênio:	2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento:	443780
SAME:	105268

Arckop

Período: 08/09/2018 22:11 - 08/09/2018 22:12

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UNIDADE MISTA DÉ ITAQUITINGA COM SENHA: 5508826  
HD: FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA Perna ESQ, RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 06 HORAS, NEGA DESMAIO E VOMITO

Observação: HAS-DM-ALERGIAS-

-Roxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):  
- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

REVISADO  
MEDI-HMA

IRYS Felipe  
COREN-PE-310841-ENE

ARQUIVADA  
31 JAN 2018

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/09/2018 22:12