



Número: **0013360-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Santa Cruz do Capibaribe**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68064429	16/09/2020 15:13	ANEXO 1	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	26/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000002760-4

Nr. da Autenticação 1D11139CAEF23265



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190278491 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
ALVES JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 3 / IMAGEM PÁG. 10.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190278491

Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Data do Acidente: 26/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14200984





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

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190278491

Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Data do Acidente: 26/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 000002760-4

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

706.138.574-07 ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR

CPF:

706.138.574-07

Profissão:

COZINHEIRO

Endereço:

RUA LAZARO DAVID MONTEIRO

Número:

114

Complemento:

Bairro:

SAO CRISTOVAO

Cidade:

SANTA LUZ DO CAPIBARIBE

Estado:

PE

CEP:

55.194-200

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 9.3488-7131

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

013

CONTA: 00002760

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não. Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

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: OLINDA, 20 de Novembro de 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

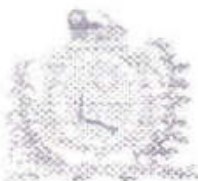
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

FPS.001 V001/2018





104833

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/01/19

26/02/2018 16:0

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE - DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218000831**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/02/2018 às
16:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 25/11/2017 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CORTES, 91, ENGENHO COCHO -**
Bairro: **CENTRO - CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARISA DOS SANTOS ALVES** Data de Nascimento: **3/7/1998** Nacionalidade:
CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU**
COMPLETO Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 114, RUA LAZARO**
DAVID MONTEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO
CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALBERTINO SEBASTIAO DA**
SILVA A JUNIOR, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA**
A JUNIOR
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**



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

Placa: **PEN7636** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **374065612** Chassi: **9C2KD0559CR507508**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRAFEGANDO PROXIMO AO ENGENHO COCHO COM A PISTA MOLHADA E SEM ACOSTAMENTO, AI NA CURVA NÃO SINALIZADA O MESMO INFORMA QUE "SOBROU" VINDO A CAIR; BASTANTE MACHUCADO. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMUR DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO APRESENTADA A ESTA DELEGACIA DE POLICIA E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE. DIANTE DISSO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR
(VITIMA)

X Albertino Sebastiao da Silva A Junior

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **316725-9**

[Handwritten signature]



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
[Signature]

26/02/2018 16:33





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -
DP128CIRC DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0218005605**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018** às **16:46**

Complementa o BO Número: **18E0218000831**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/11/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CORTES, 1, ENGENHO COCHO** - Bairro: **CENTRO** -
CORTES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARISA DOS SANTOS ALVES Data de Nascimento: **3/7/1995** Naturalidade: **CORTES / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 114, RUA LAZARO DAVID MONTEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN7630** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **374065012** Chassi: **9C2KD0550CR507506**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/04/19

28/12/2018 09:17



A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRAFEGANDO PROXIMO AO ENGENHO COCHO COM A PISTA MOLHADA E SEM ACOSTAMENTO, AI NA CURVA NÃO SINALIZADA O MESMO INFORMA QUE "SOBROU" VINDO A CAIR; BASTANTE MACHUCADO. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMUR DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO APRESENTADA A ESTA DELEGACIA DE POLICIA E LEVADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES E LOGO EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE. DIANTE DISSO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS.

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

**ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**



KOTE SEGURO
Erica Araujo
15/01/19

28/12/2018 09:17



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/04/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS A TERCEIROS - CASACORRIS PAVAT
VEICULOS AUTOMOTORES DE CATEGORIA B, C, D E F - CASACORRIS PAVAT
TÍTULOS DE SEGURO DPVAT

DETRAN - PE Nº 013711711544

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIN	COD. INSCRM	ANEXO	EXERCÍCIO
L 374065012	*****		2017

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

S C CAPIBARIBE-PE

CNPJ/CNP	PLACA
706.138.534-07	PEN7630

INSCRIÇÃO	QUILÔMETROS
*****	9C2KDD0550CR507506

BAS MOTOCICLETA ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB.	ANO INC.
	2011	2012

2P/149CL	PARTIC	PRETA
----------	--------	-------

IPVA 2017 QUITADO	VEREADORIAL

A 1	TAXA DE EMISSÃO/CONTAS	2ª *****	3ª *****
-----	------------------------	----------	----------

SEGURO PAGO	PRÊMIO TOTAL R\$	DATA DE PAGAMENTO
-------------	------------------	-------------------

BEM RESERVA

[Assinatura]

S C CAPIBARIBE-PE DATA 11/10/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Divisão de Registro e Detran/DF

PE Nº 013711711544 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES

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 1504

ES JUNIOR	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
S C CAPIBARIBE-PE	2017	11/10/17

VIN	CNPJ/CNP	PLACA
L 374065012	706.138.534-07	PEN7630

HONDA/NXR150 BROS ES	ANO FAB.	ANO INC.
	2011	2012

2P/149CL	PRÊMIO TOTAL R\$	DATA DE PAGAMENTO
	9C2KDD0550CR507506	

PRÊMIO TARIFARIO

FMS R\$	DETACH R\$	CUSTO DO SEGURO R\$
---------	------------	---------------------

CUSTO DO BILHETE R\$	NOF R\$	TOTAL SEM IPI R\$
----------------------	---------	-------------------

COTA ÚNICA	IMPOSTO	DATA DE QUITAÇÃO
------------	---------	------------------

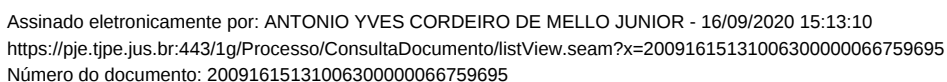
SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-64

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.

RTE NÃO É NE. PORÉM OBRIGATORIO

JUL-2017





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR

CPF:

706.138.574-07

Profissão:

COZINHEIRO

Endereço:

RUA LAZARO DAVID MONTEIRO

Número:

114

Complemento:

Bairro:

SAO CRISTOVAO

Cidade:

SANTA LUZ DO CAPIBARIBE

Estado:

PE

CEP:

55.194-200

E-mail:

Tel (DDD):

(81) 9.8488-7131

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4758

013

CONTA: 00002760

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Fato 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.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/01/19

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(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

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: OLINDA, 20 de Novembro de 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Albertino Sebastião da Silva Alves Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018





**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192**



DECLARAÇÃO

Declaramos que, **ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR**, 22 anos, foi atendido por esta Unidade de Suporte Básico – SAMU 192, às 02h40min, no dia 26/11/2017, na PE – 085, próximo ao município de Cortês, vítima de acidente de moto. O referido usuário foi encaminhado ao Hospital Regional de Palmares, e transferido ao Hospital Getúlio Vargas, em Recife/PE.

Ribeirão, 01 de outubro de 2018.


Juliana de Albuquerque Paulino
Coord. do SAMU 192
Ribeirão - PE

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA A. JÚNIOR,
RG nº 8.489.389, data de expedição 08/06/09 Órgão SS/PE,
CPF nº 406.138.534-07, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA LAZARO DAVID MONTEIRO</u>
Número	<u>114</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SÃO CRISTO VAO</u>
Cidade	<u>SANTA CRUZ DO CAPIMARI/PE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55194-200</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 998955388 / 984887131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 24 Abril 2018

Assinatura do Declarante: Albertino Sebastião da Silva A. Júnior



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.535.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0805943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ALAIDE JOANA DA CONCEICAO CPF: 742.941.064-04	DATA DE VENCIMENTO 14/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 07/01/2019	CONTA CONTRATO 000640693029
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 07/01/2019	Nº DO CLIENTE 2000456135
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA LAZARO DAVID MONTEIRO 114 SAO CRISTOVAO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 66194-200 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0003438491
RESERVADO AO FISCO 809B.B00B.F400.3D1A.1495.D2B7.8899.73B3			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	51,00	0,71979022	36,70
Contrib. Sum. Pública Municipal			1,98
Multa por atraso-NF 041639433 - 10/12/18			0,95
Juros por atraso-NF 041639433 - 10/12/18			0,04
Atualização IGPM-NF 041639433 - 10/12/18			0,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
F39517	CAT	10/12/2018 1.572,00	07/01/2019 2.023,00	28	1,00000	6,00	51,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/02/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL
01/01/2019				
DIC-Horas de horas sem Energia	SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	0,00	5,19	15,58
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,50
OMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,94	0,00
Limite OMC 12,22				
RUSD-Valor de Encargo de Uso = R\$ 14,64				

Tudo Consumidor pode solicitar a aplicação dos indicadores DIC, FIC, OMC e RUSD a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! pagafacil: r sco paulo crz alta / randerson servicas: rua francisco antonio aragão n 54 são cristovão. Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.	NÍVEL DE TENSÃO <table border="1"> <thead> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th></th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> </tbody> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

CONTA CONTRATO 000640693029	MÊS/ANO 01/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 14/01/2019	TALÃO DE PAGAMENTO. Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitura ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---

FATURA PAGA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 13786672

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE SAUS, 111 - BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP: 50050-900
CNPJ: 06.928.082/0001-78
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0075541-11



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 24/04/2002
COMERCIAL 0800 0810126 PRONTUÁRIO 0800 0810126
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 0810126
Ouvidoria 0800 0810126
Agência de Regulação dos Serviços Públicos do Estado de Pernambuco - ARPE - 0800 0810126
Ligação Gratuita de Telefone
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
Ligação Gratuita de telefones fixos e celulares na origem para telefones fixos e celulares

DADOS DO CLIENTE
OZIEL MARIANO DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
28/01/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
21/01/2019

CONTA CONTRATO
0676751

ENDEREÇO
AV. PROF. AGAMENOM MAGALHÃES 473
-VILA POPULAR/OLINDA -53230-010
OLINDA - PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 392,00

DATA DA APRESENTAÇÃO
21/01/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
047573192

CLASSIFICAÇÃO
RESIDÊNCIA
Monofásica
B1

PERÍODO CONSUMO
21/12/2018 a 21/01/2019

CONSUMO
497

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Aliquota 25,00 valor do imposto R\$ 89,43

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CUNTA CONTRATO
0676751025

MÊS/ANO
01/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 392,00

VENCIMENTO
28/01/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838700000036 920000110002 676751025109 136840469532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 16/09/2020 15:13:10
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091615131006300000066759695>
Número do documento: 20091615131006300000066759695

Num. 68064429 - Pág. 17

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALCIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA A. JUNIOR inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.138.574 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA A. JUNIOR, inscrito (a) no CPF sob o Nº 706.138.534 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA - ME Renda: RECUSA - ME 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
AV. PROF. ALAMENOM MALHAES		423	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
VILA POPULAR	ULINHA	PE	53.230-010
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	(82) 9.8488-7131		

ULINHA 20 de Novembro de 2018
Local e Data

Alcione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
15/11/19

DLDRL001 V001/2017





SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE



PERNAMBUCO
ESTADO DE

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



Fundação Hospital de Saúde Especial
CNPJ: 24.983.903

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

Nome: Alberthino Sebastião da Silva Aguiar Sexo: masculino
Data de Nascimento: 22/01/1994 Idade: 22 anos C.I.D.: 5306718
Pais ou Responsáveis: _____
Endereço: _____
Cidade: Catende Tel.: _____ Hora do Atendimento: 06:00 h

DESTINO DO PACIENTE: H6V - Queda + Unco Venoso SENHA: 5306718

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE: Tratado pelo SAMU vindo a unidade por 10h de Queda
Do joelho direito

EXAME FÍSICO: Exame importante + infundido joelho direito
Pulsos TP - Pedalares + Simétrico
Boa perfusão distal. Exame a pé direito

DROGAS ADMINISTRADAS: Transal 100mg
SF 12
Tob Caspado
→ Após 01 minuto no plano

EXAMES COMPLEMENTARES: RX

HD: Fratura - Unco joelho direito

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Primeira avaliação de curativo no torniquete;
limpeza, troca de curativo, apresentação
dos 4 membros do joelho 3 + 100ml de soro
para melhor conforto



EXPRESSO GRÁFICA - 0113002-3406

DATA: 26/11/17

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Quilombo dos Palmares, BR 101 - Km 185 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3661-8430



Perambuco

HRP

Data do Atendimento: 26/11/2017 Hora: 05:08:00

No. Atendimento: 673768

Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUARIO: 221155

Colaborador: FERNANDOLNF

CNS: 706307744315376

Sexo: Masculino

Nome: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

Data de Nascimento: 03/07/1995

Idade: 22 Anos, 4 Meses e 23 Dias

Pais ou responsáveis: MARISA DOS SANTOS ALVES

Endereço: RUA BARTO BARRETO, 420 - CENTRO - 55525000

Cidade: CORTES

Tel.:

81 983107752

Hora do Atendimento: 05:30 Hs

Queixa Principal:

Tragido pelo SAMU sem protocolos
Nº 200 e comiss, emitem e anexa ao
ADTI Conselho Administrativo

De - Informante em galho direito com lesão

Exame Físico:

A: Geral via aérea está pervia? SIM ☒ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☒ NÃO ☐ Temperatura: 36,5

B: Respiratório: Espontâneo

C: Circulatório: Pulsos chios

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

Glasgow: Abertura Ocular

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isoconicas ☒ Anisoconicas ☐

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 15

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

T: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

RX - Fratura - Lombar galho D

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:

VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM MID

Alergia:

Observação:

CRUZADO PELO SAMU

SA 140X90

Evolução de Enfermagem

Destino do paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Melhorada

Transferência para outra unidade: () Obito () Outro

Indicação do Paciente: () Maltratado () Inatendido () Piorado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura





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

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DASILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protocolo: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 13/12/2017 / 15:51 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 13/12/2017-15:51

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + LESÃO LIGAMENTAR
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO:
RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA - ARTICULAR DO JOELHO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
OSTEOTOMIA
CIRURGIÃO: DR. JOAO PAULO LAFAYETTE
ANESTESISTA: dr BRENO
ANESTISIA: RAQUI

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1 DDH + ISQUEMIA E GARROTE + ASSEPSIA E ANTI SSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
2. INCISÃO LATERAL PROXIMAL DISSECÇÃO POR PLANOS, LEVANTADO FRAGMENTO COM DEPRESSÃO PASSAGEM DE PLACA EM L E REDUÇÃO EM ESCOPIA E COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS + DEPRESSÃO EXTENSA PLATO COM ELEVÇÃO DO FRAGMENTO
- 3 RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR LATERAL SOB A PLACA
4. 5. LAVAGEM EXAUSTIVA E SUTURA POR PLANOS E FOI COLOCADO DRENO A VÁCUO E CURATIVO
6. BOA PERFUSÃO DISTAL + PULSOS PRESENTES.

Dr. JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO
CRM: 17461

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: JOAO PAULO LINS DE ALBUQUERQUE L. ARAUJO. CRM: 17461. Data e Hora: 13/12/2017 15:52:26.

João Paulo Lafayette
Traumatologista - Ortopedista
CRM 17461





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

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protuário: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 14/12/2017 / 08:43 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 06/12/2017 10:46 Data da alta: 14/12/2017 16:47
Intervalo: 8

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Platô Tibial Direito CID:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 19/12/2017 09:23:23.





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

Nome: **ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR**
Nº Registro: 548810 Nº Protuário: 1115253 Sexo: Masculino Idade: 22 ano (s)
Data: 14/12/2017 / 08:43 Convênio: SUS - AMB
Data do internamento: 06/12/2017 10:46 Data da alta: 14/12/2017 16:47
Intervalo: 8

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Platô Tibial Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Trat. Cir. de Fratura de Platô Tibial Direito +
Reconstrução Ligamentar + Osteotomia CÓDIGO: 0408050551 /
0408050152 / 0408060190

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. João Paulo	17461
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Breno Fonseca	13034
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 11 dias, resultando em Fratura de Platô Tibial Direito. Evoluindo com dor, edema local e incapacidade funcional.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 19/12/2017 09:23:23.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR**, prontuário nº **111.5253**, admitido neste hospital em 06/12/2017 com diagnóstico de Fratura de Platô Tibial Direito, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 14/12/2017.

Recife, 18 de Janeiro de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro



ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

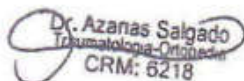
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: M860

Recife, 17/05/2018

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218


Dr. Azarias Salgado
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 6218



SUS Sistema Nacional de Saúde
 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS
 Folha 1/2

HSA
 Identificação do Paciente:
ALBERTINO SEBASTIÃO DA SILVA ALVES JUNIOR
 540810

Identificação do Procedimento:
 1. Descrição do Procedimento e Descrição da Lesão
 2. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento
 3. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento
 4. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento

Identificação do Procedimento:
 1. Descrição do Procedimento e Descrição da Lesão
 2. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento
 3. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento
 4. Descrição da Lesão e Descrição do Procedimento

X - Descrição do Procedimento e Descrição da Lesão
 Trat. Cir. de Fratura de Plátô Tibial Direito +
 Reconstrução Ligamentar + Osteotomia
 0408050551 0408050152
 0408060190
 Placa L 2 X 5 0 7 0 2 0 3 0 9 7 0 01
 Parafusos Corticais nº 36-01 ; 40-01 ; 44-01 03
 Parafuso Esponjoso nº 32-02 0 7 0 2 0 3 0 7 2 4 02

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO
 Paciente vítima de acidente motociclistico há 11 dias, resultando em Fratura de Plátô Tibial Direito. Evoluindo com dor, edema local e incapacidade funcional.
 Necessitando de procedimento cirúrgico.
 Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DR. JOÃO PAULO
 05165087417
 13/12/17
 AUTORIZAÇÃO
 00011122

Santa Casa de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR

Reg.: 548810

Pront.: 1115253

CID:

OS:

Data/Hora: 01/03/2018 15:14

Exames Solicitados:

- 1) RX JOELHO/ROT-AP/LAT DIREITO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: RICARDO LYRA DE OLIVEIRA. Data e Hora: 01/03/2018 15:14:24.

Dr. RICARDO LYRA DE OLIVEIRA

CRM: 15105



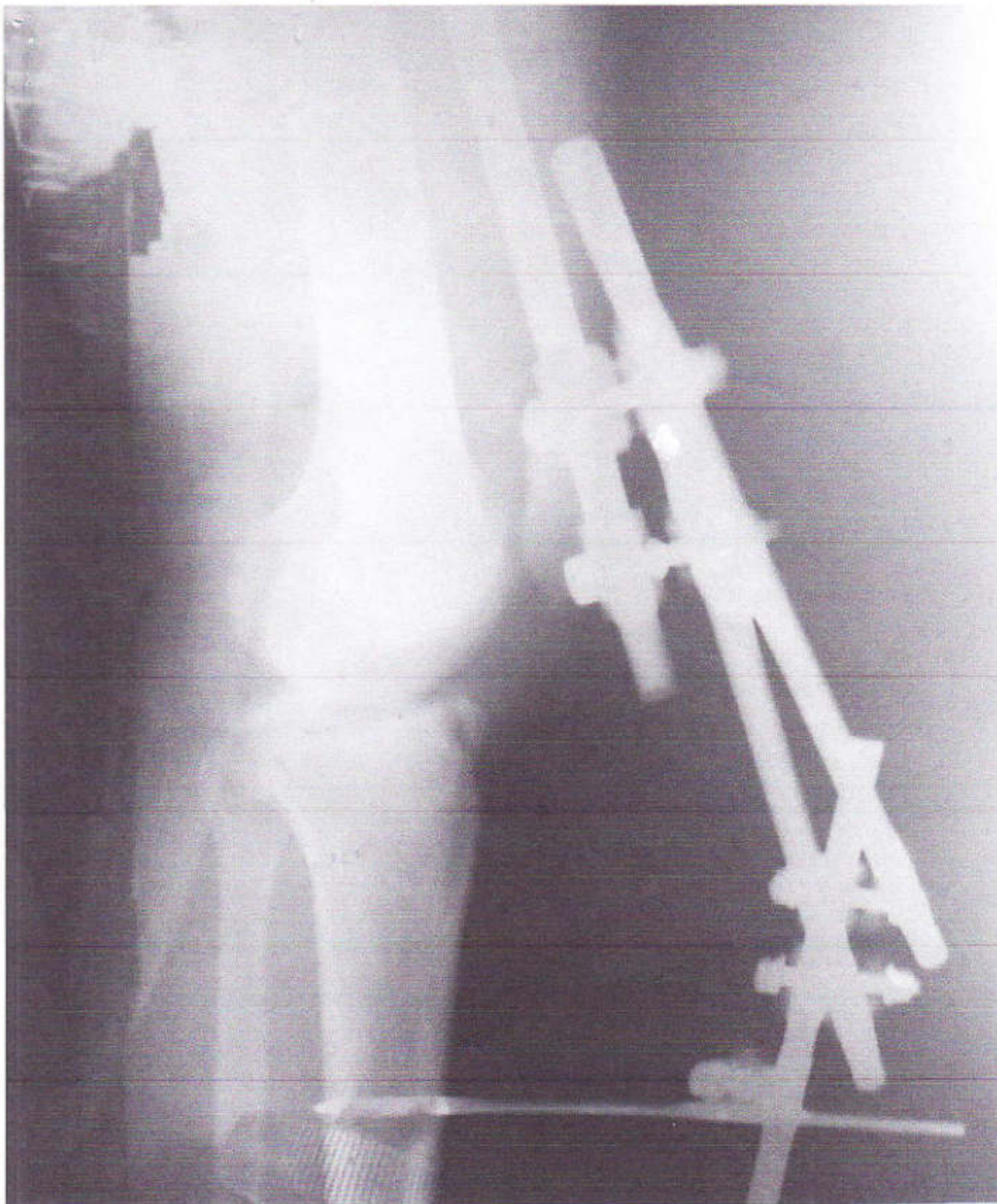


MEDCLIN Centro Médico Especializado
Alberino Sebastião Da Silva Alves Junior
7/2/2018

3-7-1995
10.15

Arçoni Filho





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA A JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / CORR. ENDEREÇO / UF
0789389 RDS PE

CNPJ
706.138.534-07

DATA NASCIMENTO
03/07/1995

PLACAO
ALBERTINO SEBASTIAO
DA S ALVES
MARINA DOS SANTOS
ALVES

PERMISSÃO
ACE

CIE RAB
A3

Nº REGISTRO
04335646836

VALIDADE
09/07/2019

Nº HABILITAÇÃO
10/03/2015

INSCRIÇÃO
Exerce Atividade Remunerada

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
15/04/2016

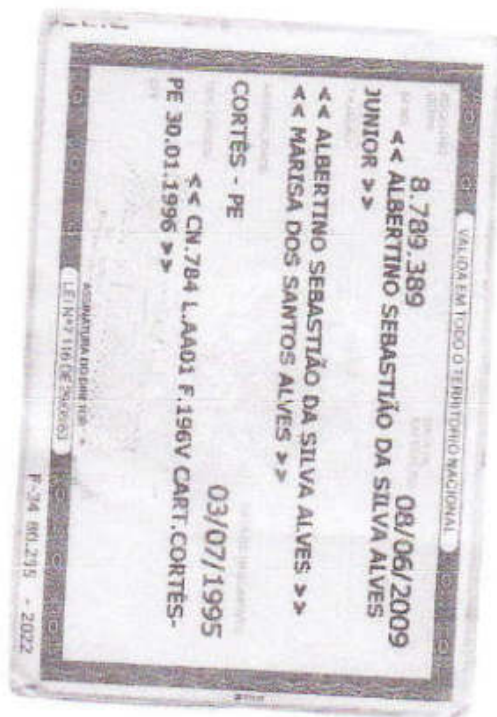
INSCRIÇÃO DO CONDUTOR
59619188475
PE072432055

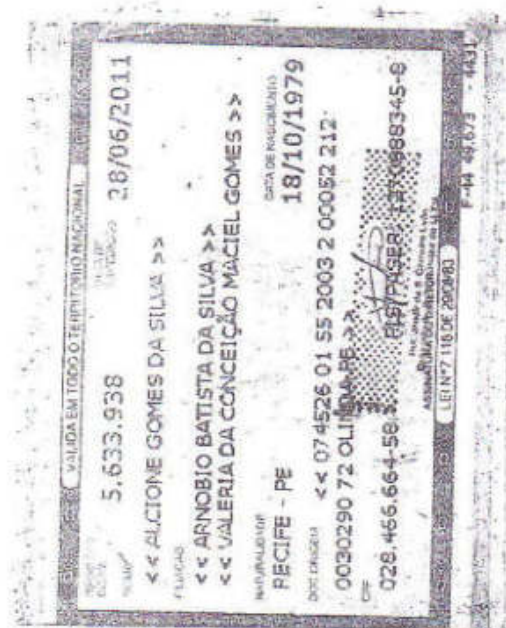
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1222155029

PROIBIDO PLASTIFICAR
1222155029







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190278491 **Cidade:** Santa Cruz do Capibaribe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.
ALVES JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 3 / IMAGEM PÁG. 10.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

ALBERTINO SEDATIÃO DA SILVA ALVES JÚNIOR
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão:
CONTADOR DE VIGIA, portador(a) do RG nº: 8.789-389
órgão expedidor: SDS-PE, inscrito (a) no CPF sob o nº:
706.138.534-07, residente na
RUA: TRAVESSA TIRA D'ESTES Nº 36
cidade: BREJO DA MADRE DEUS Estado: PE, CEP:
55170-000, telefones: 99471-3323 /
98436-6613, 98720-4966, email:
JUNIORSMITTX887@GMAIL.COM

OUTORGADA: ALCIONE GOMES DA SILVA, brasileira, divorciada, analista jurídica, inscrita no CPF sob o nº. 028.466.664-58, RG Sob o nº 56.339.38; comendereço profissional na Av. Prof. Agamenon Magalhães, nº 473, Vila Popular, Olinda/PE, CEP: 53230-010.

PODERES: concede poderes especiais do outorgado (a) para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento processual do sinistro e apresentar documentos referentes ao processo do sinistro junto à Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas à Líder, DPVAT e à SUSEP.

OBS.: é de inteira responsabilidade do (a) outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados à outorgada.

28 FEV. 2018

Olinda, de de 20



Albertino Sedatião da Silva Alves Júnior

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICAÇÃO)

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
15/01/19





CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE SÃO DOMINGOS
Tutor: JOSÉ QUINTINO DE LIMA - Substituto: JOSÉ QUINTINO DE LIMA FILHO - LEVERTON FELIX DA SILVA
Rua Lúcia Gentili de Santana, 317 - Vila de São Domingos - Engo da Madre da Graça / PE - Fone: (81) 3731-2550

RECONHEÇO, por autenticidade da(s) firma(s) de: ALBERTINO SEBASTIÃO
DA SILVA ALVES JÚNIOR, selo: 0074025.6.10C201801.00944
em: São Domingos, 28/02/2018 08:47:25

Leverton Felix da Silva
Substituto

em testemunho da verdade

Leverton Felix da Silva
Emolumentos R\$3,09 - Taxa R\$4,80 - Total a Pagar R\$4,79 - Quer. LEVERTON

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sel digital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129380/19

Vítima: ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES

CPF: 706.138.534-07

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2017

Titular do CPF: ALBERTINO SEBASTIAO
DA SILVA ALVES JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALCIONE GOMES DA SILVA : 028.466.664-58

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

ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR : 706.138.534-07

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: 16/04/2019
Nome: ALCIONE GOMES DA SILVA
CPF: 028.466.664-58

ALCIONE GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

