

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180476776**

Vitima: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

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

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13469957



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

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

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

- Boletim de ocorrência ilegível
- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321304 ou 0900 721306 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: **082.466.994-08** Nome completo da vítima: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA** CPF titular da conta: **082.466.994-08** Profissão: **Corretor de Seguros**
Endereço: **2º TRAV. SAMUEL COELHO** Número: **81** CEP: **35513-000**
Bairro: **ALTO DO CRUZEIRO** Cidade: **AGRAPAZI** Estado: **PE** Telefone (DDD):
E-mail:

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPEIRA (somente para os bancos abaixo Assinale uma opção)

☒ BRASILEX (1237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (345)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: **116** D.V.: **9** CONTA: **20.394** D.V.: **7**
Indicar o código de agência Indicar o código de conta

CONTA CORRENTE (selecione os bancos)

BANCO: **BRASILEX** BIC: **BRASBR33**
AGÊNCIA: **116** D.V.: **9** CONTA: **20.394** D.V.: **7**
Indicar o código de agência Indicar o código de conta

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

A Samuel - PE de **08** de **10**
Local e Data

Alexsandro Monteiro da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 MIT 719
Rua da Aurora, nº 135, SL 502 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

17/AGO/2018 10:02

BRABESCO - SALDOS

CICSM12 AT15

1116 ESCADA

07-05

20.394-7

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF/CNPJ

082.464.994-08

DISPONIVEL

= Total Disponivel

15,00-

+ Conta Facil (Cta Corrente + Poupanca)

15,00-

Total de Recursos

15,00-

Sujeito a alteracoes

Vi

m

-

n

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

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



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ª CIRC DINTER 12ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000617

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

Complementa o B.O Número: 18E0156000485

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELINCE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/DSOPE (RG) Estado Civil: AMASIADO(a) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 997595501

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

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NOXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGO0808 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO Renavam: 565535765 Chassi: 9C2K005400H154879


Boletim de Ocorrência

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

Complemento / Observação

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

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


ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)


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

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/08/2018

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



26/06/2018 10:38

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66ªCIRC DINTER 142ª DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000485

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUN 2019

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino, Mês: ELINCE BATISTA DA SILVA Fil. REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 728108180SPE (RG) Estado Civil: ANUICIADO(A) Escolaridade: 2ª GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: +997595591

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

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a) ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA.
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NCR150 BROO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG05886 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO) Renavam: 205535769 Chassi: 9CZK0354UDR154879

Complemento / Observação

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

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Alexandro Monteiro da Silva

D.O. REGISTRADO: FERNANDO JOSÉ DE SOUZA - Matrícula: 1587477

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJÍ - DP6ª CIRC DINTER 1/12ª DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000485

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2019

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJÍ/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(a) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 997593501

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

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

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

Placa: PG05808 (PERNAMBUCO) NÃO INFORMADO Renavam: 505535765 Chassi: 9C2KD0540DR154879

Complemento/Observação

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

etm de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/info/pol/xml/BOEPreview.html

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

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

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 NOV 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.062-010
RECIFE-PE



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAÍ - DP 66ª CIRC DINTER 1/12ª DE SEC

21/08/2018 11:42

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0156000617

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

Complementa o BO Número: 18E0156000485

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAÍ/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 997595501

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

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

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

Placa: PGO0806 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 565335765 Chassi: 9C2KD0540DR154879

Detim de Ocorrência

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

Complemento / Observação

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE KENNEDY LOPES DA SILVA Matrículas 273353-2

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07/09/2019

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0231204 ou 0800 0231208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ALEXSANDRO MONTAÑO DA SILVA

CNPJ da Vítima

082.464.994-08

Data do Acidente

07/03/2003

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

E-mail

CNPJ do Representante Legal

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e verificação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 5.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

Assinatura de 08 de 10 de 18
Local e Data

ALEXSANDRO MONTAÑO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 MAR 2019

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

RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15/05/18 Nº 121.330

NOME: Alexsandro Montano Silva PESO: _____ SEXO: M IDADE: 34

D.N.: 20.11.84 MAE: Eunice Batista Silva

END.: R. Samuel Coelho Nº _____ BAIRRO: _____

PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Bras

RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº _____

QUEIXA PRINCIPAL: Acidente de trânsito

ACIDENTE / HORA: _____ TEMPERATURA _____ PA _____ HORA DO ATEND.: 09:20

DIAGNÓSTICO: _____ CID: _____

ATENDIMENTO MÉDICO / EXAME CLÍNICO RX: S() N()

Exame de Urgência 12-12-18
Amarelo Amarelo
Amarelo Amarelo

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

transfusão
ORL
100mg de Paracetamol
5427-0105.802.444
TRACAO COR
DE SEGUR
10
Rua da Aurora, 100
802 Vitor - CEP: 65000-000
RECIFE-PE
09/05/18

TÉCNICO DE ENF.: Eliane Montano ENFERMEIRO: _____

ASSINATURA MÉDICA

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/11/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01116-9

CONTA: 000000020394-7

Nr. Autenticação

BRABESCO2311201805000000000023701116000000020394168750 PAGO

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

CNPJ: 11.690.211/0001-10

Insc. Est.: ISENTA

INSCRIÇÃO: 0004345.6 CLS: PAR 100 NM 001 01/06/09 180016596 EMISSÃO: 27/04/2018 MÊS/AN: ABR/2018

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

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

Cep: 55.515-000
PERNAMBUCO

LOCALIZAÇÃO
00.00.07.0000004190

HIISTÓRICO

DATA INÍCIO	DATA FIM	VALOR	VALOR
01/01/2017	31/12/2017	28,80	
01/01/2018	31/12/2018	10,00	
01/01/2019	31/12/2019		
01/01/2020	31/12/2020		
01/01/2021	31/12/2021		
01/01/2022	31/12/2022		
01/01/2023	31/12/2023		
01/01/2024	31/12/2024		
01/01/2025	31/12/2025		
01/01/2026	31/12/2026		
01/01/2027	31/12/2027		
01/01/2028	31/12/2028		
01/01/2029	31/12/2029		
01/01/2030	31/12/2030		

US CONSUMO

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

PARÂMETROS DA ÁGUA DE TRIMUIDA

DATA	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
01/01/18	00010	LITROS	00010	LITROS
02/01/17	00010	LITROS	00010	LITROS
03/01/17	00010	LITROS	00010	LITROS

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 MAR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bom Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50060-902
CNPJ 16.355.032/0001-04
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-92



www.celpe.com.br

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

107-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA VIEIRA DO NASCIMENTO

CPF: 033.345.874-89

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MATRIZ 43 LJ-12

CENTRO DE CUSTÓDIA

BARRIO DO SACABA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, prazos, serviços prestados e ônus de anotação e
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

20/08/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

38,22

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/08/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/08/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

027811859

CONTA CONTRATO

007001927048

Nº DO CLIENTE

200723942

Nº DA INSTALAÇÃO

000115779

CLASSIFICAÇÃO

B3 - COMERCIAL - COMERCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

A443.47A1.39A1.D6C1.0F01.09D6.F53A.5466

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETOBA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

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

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Adicional	35,30	0,77394372	27,21
Acrescimos Bandeira VERMELHA			5,30
CANCEL. Sum. Pública Municipal			3,70
Relatório de Unidade Consumidora			7,00
Multa por atraso NF 02271521 - 12/07/18			0,08
Multa por atraso NF 02271521 - 12/07/18			0,04
Multa por atraso NF 02271521 - 12/07/18			0,03
Multa por atraso NF 02271521 - 12/07/18			0,01
Multa por atraso NF 02271521 - 12/07/18			0,03
Atualização IGP-M-NF 02271521 - 13/06/18			2,00
Atualização IGP-M-NF 02271521 - 12/07/18			2,00
TOTAL DA FATURA			38,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
35,30	25,00	8,83	25,43	1,35	0,34	25,43	6,25	1,58

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DE MEDIÇÃO	LUGAR DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		M. FASE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000021010261	C-1	15/07/2018	1.373,39	12/08/2018	1.335,09	22	1,0000	0,00	38,30

NOTA FISCAL PARA A PROXIMA LEITURA: 12/08/2018

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ou diretamente conosco: Rua Sarney de Azevedo, Centro / Igará das
Veredas, 1-01, loja 00000 125 pontuário completo em www.celpe.com.br.
Na data de fatura é fornecida em vigor e a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou de nível de tensão de funcionamento.
Pague em até 30 dias após a data de emissão da fatura (10/08/2018) e atualização monetária no prazo, não
C Cliente é responsável quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	QUANTO	VALOR APROXIMADO	VEZES ANUAIS	VEZES SEMANAL	VEZES DIÁRIAS
20-40 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
40-60 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
60-80 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
80-100 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
100-120 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
120-140 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
140-160 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
160-180 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
180-200 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
200-220 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
220-240 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
240-260 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
260-280 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
280-300 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
300-320 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
320-340 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
340-360 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
360-380 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
380-400 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
400-420 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
420-440 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
440-460 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
460-480 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	
480-500 dias sem energia	0,30	5,41	11,42	22,84	

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	235

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DADOS PARA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO
007001927048	08/2018	38,22	20/08/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este cartão não será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 221306
 ou ligue para pessoas com deficiência auditiva

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABR/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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**¹.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, monitorar, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613-9/98.

Pelo exposto, eu LEXANDRE MATEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 046.711.571-80
 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE MATEIRO DA SILVA inscrito
 (a) no CPF sob o nº 082.464.994-08 do sinistro de DPVAT cobertura INVALID-2 da vítima
ALEXANDRE MATEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 082.464.994-08 conforme
 determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar.

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

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

Endereço: <u>Rua da MATEIRO, 45 L3-10</u>		Número: <u>45</u>	Complemento: <u>L3-10</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>ESCAPA</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u></u>
E-mail: <u></u>		Telefone celular (DDD): <u></u>	

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

ESCAPA - R. 08 de 10 de 18
Local e Data


Assinatura do Representante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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 9.813/98.

Pelo exposto, eu LUCAS MARCELO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.375/80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE MATEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464.994/08 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRE MATEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464.994/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

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

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

Endereço <u>RUA DA MATRIZ</u>		Número <u>95</u>	Complemento <u>LJ 10</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>ESCALADA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(81)3011-3224</u>	Telefone celular (DDD)

ESCALADA PE, 06 de 11 de 18

Local e Data



Assinatura do Declarante

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



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

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

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

transfiro
URTI
hora de P. Amaraí
5427-0105.802.484/6
TRACAO COBRE
DE SEGU
10
Rua da Aurora, 199
BOM JARDIM - CEP: 13.130-000
RECIFE-PE
ENFERMEIRO
ASSINATURA MÉDICA

TÉCNICO DE ENF.: Eliane Montano



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAUDE

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

LAUDO MEDICO PARA TRANSFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Unidade de Origem - Amaraji

UNIDADE DE DESTINO:

H. R. Palmeira

SERIAL 5427010

DADOS DO PACIENTE

NOME:

Roberto Antonio de Jesus

CNS

IDENTIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CEP

HISTORICO CLINICO

- Paciente com quadro de dor abdominal forte
localizada no quadrante superior direito

CONDUITA INICIAL

EXAMES REALIZADOS

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

OUTROS DIAGNOSTICOS

MOTIVO DA TRANSFERENCIA

DATA DA TRANSFERENCIA

MEDICO ASSISTENTE
ASSINATURA

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/01/2019

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

Scanned with CamScanner



SAÚDE

PERNAMBUCO

BOLETIM CIRÚRGICO

CME-0433393

Nome do Paciente:	Alexandro Rodrigues de Silva	Número do Registro:	734004
Cirurgião:			
1º Auxiliar:		2º Auxiliar:	
Instrumentador:		Anestesiista:	
Assistente:		Duração:	
Data da Cirurgia:	15/07/18	Início:	
De: Alício Pré-Operatório	Postime	De: Sample de	

Cirurgia Realizada:

Tratamento cirúrgico

Descrição Cirúrgica

Parâmetros existentes em sentença
Análise + Antecedente
Colocados no corpo operatório
Abertura por plasma
Ligadura
Redução + Fixação (Plasma +
Parafuso
Sutura
Cureta



Assinatura

Assinatura - Carimbo e CRM do Médico



SISTEMA
UNICO DE
SAUDE

PERNAMBUCO
ARTIGO 19, LEI 10.522/03

HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO DR. NILVA FERNANDES MAGALHÃES

EVOLUÇÃO



Conselho Regional de Saúde
CRES-247893

Nome do Paciente:

Marcelino Monteiro

Registro:

734004

Enfermaria:

7

Leito:

8

15/05/18

*Paciente submetido a cirurgia
de Sangue etc*

16/05/18

*Paciente CIBT, está com febre
chamada em UPA e
Ata Hospitalar*

05.802.494/0801-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.0117 7019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C
Bos Veta - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e comprovação que no dia, 15/05/2018, deu entrada nesta unidade de saúde o senhor Alessandro Monteiro Silva, onde foi medicado em seguida transferido para o Hospital Regional de Palmares. De que eu Amaro Fernando de Andrade Júnior, declaro a seguinte declaração em 21/05/2018. Conforme Boletim de emergência de nº- 121.330 e senha de transferência de nº-5427010 em anexo.

AMARO FERNANDO DE ANDRADE JUNIOR
DIRETOR ADMINISTRATIVO

Amaro Fernando de Andrade Junior
Diretor
Portaria 303/18

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/07/2019

Avenida 175, 51.802 BL C
40760-010

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI
Rua Rocha Pontal, 72 - Centro - Amaraji - PE - CEP: 55515-000
Fone: (81) 35531044 - CNPJ: 11.294.360/0001-60

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2428193
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	2428393

5 - Identificação do Paciente	
6 - Nome do Paciente	7 - N° Prontuário
8 - Data de Nascimento	9 - Sexo
20.11.84	M
10 - Residência	11 - Estado
Palmas	PE
12 - Telefone de Contato	13 - Telefone de Contato

14 - Endereço (Rua, N° Bairro)	15 - CID 10	16 - CID 11
Av. Manoel de Oliveira		
Amajari		
17 - CID 10 Principal	18 - CID 10 Secundária	19 - CID 10 Tercária

20 - Procedimento Solicitado	21 - CID 10 Principal	22 - CID 10 Secundária	23 - CID 10 Tercária
	S930		

24 - Nome do Profissional Solicitante	25 - N° do Documento	26 - N° do Documento	27 - N° do Documento

28 - Nome do Profissional Solicitante	29 - N° do Documento	30 - N° do Documento	31 - N° do Documento

32 - Nome do Profissional Solicitante	33 - N° do Documento	34 - N° do Documento	35 - N° do Documento

36 - Nome do Profissional Solicitante	37 - N° do Documento	38 - N° do Documento	39 - N° do Documento

40 - Nome do Profissional Solicitante	41 - N° do Documento	42 - N° do Documento	43 - N° do Documento

44 - Nome do Profissional Solicitante	45 - N° do Documento	46 - N° do Documento	47 - N° do Documento

48 - Nome do Profissional Solicitante	49 - N° do Documento	50 - N° do Documento	51 - N° do Documento

52 - Nome do Profissional Solicitante	53 - N° do Documento	54 - N° do Documento	55 - N° do Documento

56 - Nome do Profissional Solicitante	57 - N° do Documento	58 - N° do Documento	59 - N° do Documento



05-902-49/0001-43
 TRACAO DE SEGUROS LTDA
 10/01/2019
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 261810545976.6

Nome do Paciente	Registro
Alexsandro Monteiro da Silva	734004
Clínica	Leito
	7
Diagnóstico inicial (Constituinte do Laudo Médico)	
Procedimento Solicitado	
Tempo de Permanência Previsto	

Procedimento Realizado		Código
Código	EQUIPE	NOME
		Matrícula Nº
	Cirurgião	
02	1. Aux. Cirúrgico	
03	2. Aux. Cirúrgico	
04	Demais Aux. Cirúrgicos	
05	Anestesiista	
06	Clínicos	



Procedimentos Especiais:

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

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

Resumo do Caso

Paciente submetido a
 cirurgia de transplante de fígado

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 DE 779

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.062-010
 RECIFE-PE

Diagnóstico Definitivo	CID	
Diagnóstico Secundário	CID	
Motivo da Alta		
Data de Internação	Data de Alta	Dias de Hospitalização
15/05/18	16/05/18	02

Nome: Alexandro Monteiro da Silva
Sexo: M / A / F / I
Idade: _____ anos
Endereço: _____
Data de Resposta: _____
Data de Atendimento: _____

Registro

Assinatura

734004
Amaral

OPD / HDA:

Do TUBA TUG D

Exatidão:

Exatidão, Definições

Exatidão:

Exatidão D

Conduta na Emergência: Prescrição

Ho Ceg



Evolução na Emergência:

Ho Ceg

6) Destino do Paciente:

☐ Alta para casa
☐ Internamento

☐ Encaminhamento ao Laboratório
☐ Obito ☐ Outro

☐ Transferência para Outra Unidade

7) Condições de Saúde do Paciente:

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/11/2019

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

Assinatura: _____ CRM de Médico



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



Unidade Hospital de Alta Complexidade
CNPJ: 24.283.933

ne: Alexandra Monteiro da Silva

Cirurgia Proposta: Fract. Tuz 1

ingão: Guaratinga

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA

Problemas Detectados

- rdiovascular
- dócrino
- ular
- urológico
- isculo-Esquelético
- spiratório
- nitrinário
- portamental
- ficiências
- rgias
- no/Repouso
- itros
- pectativas

- passado Cirúrgico ☐ Não ☐ Sim
- complicações ☐ Não ☐ Sim
- transfusões Anteriores ☐ Não ☐ Sim

Grupo Sanguíneo

PLANO DE CUIDADOS



05.802.494/0001-41
THACIO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2014
Rua da Aurora, nº 175, 51.902-010
Bela Vista - CEP 51.060-510
RECIFE-PE

Idade: 33 Registro: 73004

Data Prevista: 1

ADMISSÃO NO BLOCO CIRÚRGICO

Data 15/05/16 às 16:50h

Admissão por: Residência

Procedimentos: ☐ Externo ☒ Interno ☐ Urgência ☐ Outra

Pertencentes: ☒ Não ☐ Sim

Estado Emocional: ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Agitado ☐ Depressivo ☐ Choro

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

Jejum:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Venoclise ☐ Jélop N° ☐ Scalp N° ☐ Local

☐ Jélop N° ☒ * Injetar ☐ Microporte

Fixação ☐ Espandirap ☐ Transporte ☐ Microporte

☐ Eletrodo ☐ Detachamento Pupilar ☐ Hemostático Local ☐ Tócolito Local

TA ☐ manág FC ☐ bap ☐ Glicemia ☐ angidi

MEDICAÇÕES USADAS ☐ Eufila ☐ Pre-Anestésico

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em OB, por indicação médica, com
urgência cirúrgica, para HASE e DMO. Segue em
observação.

Encaminhado a SO às 17h



SAÚDE

PERNAMBUCO

BOLETIM CIRÚRGICO

Tel 3111111

CNEB-242323

Nome do Paciente: *Alexandre Martins de Almeida*Número do Registro: *734004*

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

Local:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Realizada:

Descrição Cirúrgica

*Próstata com adenoma em substituição
de próstata + antenepre
colobos do tempo operatório
Abertura por plasma
Ligadura
Ressecção + fixação c/plasma
Parafuso
Sutura
Cureta*

05.802.494/0001-11

TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. 1
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Data do Atendimento:

15/06/2018

Hora: 15:04:47

No. Atendimento: 733982

Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA

PONTUÁRIO: 208643

Colaborador: ERICKHSM

CNS: 88802200100038

Sexo: Masculino

Nome: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

Data de Nascimento: 20/11/1984

Idade: 33 Anos, 5 Meses e 25 Dias

C.I.:

Pais ou responsáveis: EUNICE BATISTA DA SILVA

Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO, 91 - CENTRO - 55510000

Cidade: AMARAJI Tel.: 81 97596501

Hora do Atendimento: 15 His

Queixa Principal:

Queixa Principal:
Fratura de fíbula
tag



Exame Físico:

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

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSO ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocônicas ☐ Anisocônicas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

E: Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamentos / Procedimentos:

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

Paciente referido com senha 8427010, com HD: FRATURA DE FÍBULA

Alergia:

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS-DM-

Evolução de Enfermagem

* Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internação () Alta Malhada

() Transferência para outra unidade () Óbito () Outro

* Condição do Paciente () Maltratado () Inalterado () Piorado

Q5-802-994/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura

Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

DADOS PESSOAIS

Data da Interação: 15/05/2018

Hora: 15:55

Prontuário: 208643

Atendimento: 734004

Nome: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

Data Nasc.: 20/11/1984

idade: 33

Sexo: MASCULINO

Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO

Saibro: CENTRO

Cidade: AMARAJI

Estado: PE

CEP: 55515000

Phone: 38818450

CPF:

CNS 896002990100026

Nome da Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA

DADOS DA INTERNAÇÃO

Origem de Atendimento: SETOR DE INTERNAMENTO

Unidade de Internação: OBSERVACAO ADULTO FEMININA

Letto: OB AF L2

Unidade de internação: OBSERVAÇÃO ADULTO FEMININA
Tratamento: 0301050070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Módulo do Atendimento: PLANTONISTA TRAUMATO-ORTOPEDISTA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

5.802.494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

16 JUL 2019

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

CEP-91.060-010

RECIFE-PA

Funcionário Responsável pela Internação
ERICKHSM

ERICKHSM

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES	2428393
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES	2428393

5 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
6 - Nome do Paciente	7 - N° do Paciente
<i>Antonio Carlos da Silva</i>	<i>000000000</i>

8 - Cartão Nacional do SUS	9 - Data de Nascimento	10 - Sexo	11 - Raca/Cor	12 - Etnia
	<i>20.11.84</i>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<i>Pardo</i>	

13 - Nome do Mãe	14 - Telefone de Contato
<i>Eunice Bastista da Silva</i>	
15 - Nome Responsável	

16 - Endereço (Rua, N° Bairro)	17 - RG	18 - UF	19 - CEP
<i>Av. Maracá</i>		<i>PE</i>	<i>55515000</i>

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
<i>Doença</i>	<i>Doença</i>



22 - Condições que justificam a internação
<i>Doença</i>

23 - Principais Resultados de Exames Complementares
<i>Doença</i>

24 - CID 10 Primária	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Adquiridas
<i>5930</i>		

27 - Procedimento Solicitado	28 - Descrição do Procedimento
<i>Doença</i>	<i>Doença</i>

29 - Nome do Profissional Solicitante-Assistente	30 - Data da Solicitação	31 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro do Conselho)
<i>Doença</i>		<i>Doença</i>

32 - Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)	33 - N° do Seguro	34 - N° do Seguro	35 - N° do Seguro
<i>Doença</i>			

36 - N° do Seguro	37 - N° do Seguro	38 - N° do Seguro	39 - N° do Seguro
<i>Doença</i>			

40 - Nome do Profissional Autorizador	41 - Cod. Orgão Emissor	42 - N° da Autorização de Internação Hospitalar - AIH
<i>Doença</i>	<i>E200000003</i>	<i>05.802.494/0001-41</i>
43 - Data da Autorização	44 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	45 - Data da Autorização
<i>Doença</i>	<i>Doença</i>	<i>10/11/2018</i>

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10/11/2018
 RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10.0117 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE

	REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOV. DO ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		
	LOCAL VERIFICAÇÃO DATA EMISSÃO 03/01/2003 09/06/2015		
	NOME COMPLETO DO CANDIDATO WILSON ANTONIO REYNOLDA MORAES SANTANA MATA TAVAREZ MATA		
	NOME DO CANDIDATO WILSON ANTONIO REYNOLDA MORAES SANTANA MATA TAVAREZ MATA		
	DATA DE NASCIMENTO 03/01/2003		
	DATA DE EMISSÃO 09/06/2015		
	DATA DE VALIDADE 03/01/2003		
	DATA DE EXPIRAÇÃO 09/06/2015		
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			
ASSINATURA DO CANDIDATO 			

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.01.2019

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ALEXSANDRO MONTIPIO DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.281.068 CPF: 082.465.994-08
End: 2ª TRAVESSA SAMUEL CORREIA, 81, ALTO DO CRUZEIRO,
AMARATI - PE

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SFRUQUE DA
RG/CNH/CTPS: 8.317.129 CPF: 076.711.374-80
End: RUA MATIZ, 45 LT 10, CENTR-ESCALA - PE

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

ALEXSANDRO MONTIPIO DA SILVA

Amarati - PE . 26 de Junho de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

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



ALEXSANDRO MONTIPIO DA SILVA

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Procedido por AUTENTICIDADE 1. Fim(s) das (1) Alexsandro...
Montipio da Silva em 26 de Junho de 2018 - 11:19h...
Em Testemunho: _____ de ussua...
GERAL: CIBELE BARCELOS - ESCRITURA AUTORIZADA...
Total: R\$ - (valor) R\$ 000,00 (0002203/01.2018)

Serviço Registral e Notarial
Amarati-PE
Geraldo Cibele Barcelos
Escrivã Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371333/18

Vítima: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 082.464.994-08

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

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

ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA : 082.464.994-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Jose Soares da Silva Filho