
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

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 LIDER 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

17/AGO/2018 10:02

1116 ESCADA

BRADESCO - SALDOS

07-05 20.394-7 ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA
CPF/CNPJ 082.464.994-08

CICSM12 AT15

DISPONIVEL

= Total Disponivel	15,00-
+ Conta Facil(Cta Corrente + Poupança)	15,00-
 Total de Recursos	15,00-

Sujeito a alteracoes

Fi

m

-

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

11

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2019
Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL C
Boa Viagem - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 66º CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66PCIRC DINTER1/12º DESEC

21/08/2018 11:42

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0156000617

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

Complemento o BO Número: 18E0156000485

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 1, RUA SENADOR DAVINHO PONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

03.802-479
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

10/01/2018

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

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 502 Bl. C
Boa Vista - CEP: 51000-010
RECIFE-PE

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELINICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 29/11/1984 Naturalidade: AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7281068/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 97595501

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/INTEGRAL150 Bros Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE DE NÃO INFORMADA)

Placa: PG03808 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 563535785 Chassi: 9C2KD0540DRH54879

detim de Ocorrência

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

Complemento / Observação

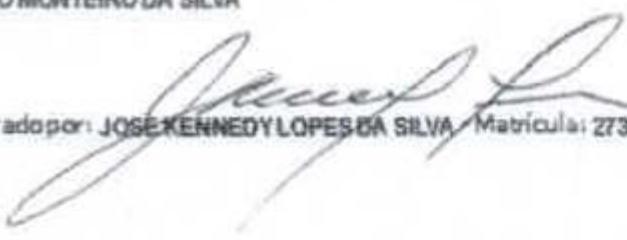
ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DAVINOPONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CACHORRO NA SUA FRENT E O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU BATENDNO CACHORRO E CAIU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNAS DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

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



05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/06/2018

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



26/06/2018 10:38

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 466ª CIRCUÍTOS - AMARALI - 066º CÍRCULO INTERNAÇÃO DE SEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 1BE0156000485

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

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

Local do acidente: MUNICÍPIO DE AMARALI, 1, RUA SENADOR DA VINA PONTUAL - Bairro: CENTRO - AMARALI/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local da Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 10/07/2019

ALEXANDRO (AUTOR/AJENTE)
 ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (já foi emitido o boletim) - Sexo: Masculino - E. LANCE BATISTA DA SILVA Fil. RESIDUAL DO MONTEIRO DA SILVA (Data de Nascimento: 20/11/1984) Naturalidade: AMARALI/PERNAMBUCO/BRASIL Documento: 7281088050PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º GRAU/COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefone/Celular: -997585561

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARALI, 11, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARALI/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTO/CICLETA/HONDA/INXR150 BROG Objeto apreendido: Não
 Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGO5866 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO) Renavam: 306335788 Chassi: 9C2K00541DRH54073

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DA VINA PONTUAL E DE REPENTE PASSOU UM CAÇORRO NA

SUA FRENTES E O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU TENDO NO CACHORRO DE 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 neste unidade policial

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

Alexsandro Monteiro da Silva

D.O. 160372002-PI FERNANDO JOSÉ DE SOUZA - Matrícula: 1597477

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



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

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 066ª CIRCUNSCRIÇÃO - AMARAJI - DP66º CIRC DINTER 1/12º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2018

Rua da Aurora, N.º 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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 Mês: ELINICE BATISTA DA SILVA Pa: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/11/1984 Naturalidade: AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7291068/SDS/PE - 997595501

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

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NAO 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: PG06806 (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

etum de Ocorrência

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

SUA FRENTES O MESMO FOI TENTA DESVIA DO MESMO MAIS TERMINOU TENDO NO CACHORRO E CAIU E TEVE FATURA EXPOSTA NA PERNAS 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)

Alexsandro monteiro da silva

B.O. registrado por: FERNANDO JOSÉ DE SOUZA - Matrícula: 1597477

Fernando José de Souza



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 NOV 2018
rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BLC
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 - DP66º CIRC DIINTER1/12º DESEC

21/08/2018 11:42

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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 (Consumidor) que aconteceu no dia 15/5/2018 às 11:49

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ALEXANDRO (AUTOR/AGENTE)
ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (VITIMA)05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 MMU 707

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

RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA Pai: REGINALDO MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1984 Naturalidade: AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL Documentos: 7281068/SDS/PE - 997595501

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE AMARAJI, 91, SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL

ALEXANDRO - Ramo de Atividade: NAO 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 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PG05806 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 565535763 Chassi: 9C2KD0540DR154879

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA SENADOR DAVINHO 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 PERNAS DIREITA, O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL ALICE BATISTA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O REGIONAL DE PALMARES, ONDE FICOU INTERNADO

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

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA
(VITIMA)

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 NOV 2018

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 ALEXANDRE MONTICELLO DA SILVA	CPF da Vítima 082.466.994-08	Data do Acidente 07/03/2003
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

E-mail

Declaro, sob as penas da lei, que estou imprestável a apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de pagamento da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

Assinalei uma das opções abaixo:

- Nenhum 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 certeza 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, concedendo, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e classificação do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 8.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a assinatura para a realização de minha perícia não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito da contestação, caso discordo do seu conteúdo.

BRASÍLIA - DF de **10** de **10** de **10**
Local e Data

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

RECEPTE

ALÉXANDRE MONTICELLO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AMARAJI
PREFEITURA MUNICIPAL

HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

l

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

DATA: 15/05/18

Nº 121.330

NOME: Alexandino Monttino Silva PESO: 60 SEXO: H IDADE: 34

D.N.: 20.11.84 MÃE: Eunice Batista Silva

END.: l- Samuel Coelho Nº: 000 BAIRRO: Centro

PROFISSÃO: Agricultor CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Bras

RESPONSÁVEL: O mesmo RG Nº: 00000000

QUEIXA PRINCIPAL: Habitante de Mato

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

DIAGNÓSTICO: CID:

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

Fimite de baixo abd - dor - dor lombar - dor no lado - dor lombar - dor lombar - dor lombar -

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

<u>Transfusão</u>	<u>Curativo</u>
<u>Urtigo</u>	<u>Ponto</u>
<u>Itaparé</u>	<u>09/20</u>
<u>5427-0105.802.411</u>	
<u>TRACÃO LOMBAR</u>	
<u>DE SEGUNDO</u>	
<u>10</u>	
<u>Rua da Aurora, 111</u>	
<u>88200-000</u>	
<u>RECIFE-PE</u>	
<u>TÉCNICO DE ENF.: Eliane Monttino</u>	<u>ENFERMEIRO LA:</u>
<u>ASSINATURA MÉDICA</u>	

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01116-9

CONTA: 000000020394-7

Nr. Autenticação

BRADESCO23112018050000000000237011600000020394168750 PAGO

SERVÍCIO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO CONTA D'ÁGUA**CNPJ: 11.690.211/0001-10****Insc. Est.: ISENTO**

INSCRIÇÃO	CLS	CAT	TAR	ECO	INCLUSÃO EM	Nº CONTA	EMISSÃO	MÊS/VAR.
0004345.6	PAR	100	NM	001	01/06/09	180016596	27/04/2018	ABR/2018

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

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

Cep: 55.515-000
 PR/PNAMRU/COLOCALIZAÇÃO
 00.00.07.0000004190

DESCRIÇÃO

KILOMETRIA

DATA INSTALAÇÃO

000

TARIFAS

28,80

DATA LEITURA MÉTRICA

001

10,00

011 100

2018-04-10/07/2017

10/10 10,00

DATA LEITURA

000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais encaminhamentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 221306 (sem fatura 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata de 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 COAF¹.

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

²Comitê de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, auxiliar e orientar, dentro e fora das autoridades competentes, a execução das normas de atividades financeiras previstas na Lei nº 6.135/98.

Pelo exposto, eu Luiz da Viteiro da Mata Scovula, inscrito (a) no CPF sob o nº 046.711.571-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alexandre Viteiro da Mata, inscrito (a) no CPF sob o nº 082.466.995-08, do sinistro de DPVAT cobertura FAUSA (P-42) da Vítima NECULIO VITEIRO DA MATA, inscrito (a) no CPF sob o nº 082.466.995-08, 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 à 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
Rua da Aurora, 45 L3-10	45	L3-10
Bairro	Estado	CEP
Centro	PE	50.060-010
UF	Telefone Residencial (22) 2100-0000	
CEP	Telefone Celular (22) 9999-9999	

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

ESCADA - R. 08, de 10 de 18

Lugar e Data

Assinatura do Segurante



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/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 9.813/98.

Pelo exposto, eu LUCAS VÍNICIO MAIA FEROLHO FADA inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.375/80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALEXANDRE MONTEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464-994/08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ALEXANDRE MONTEIRO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.464.994/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

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

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

Endereço	RUA DA MATRIZ	Número:	45
Bairro	CENTRO	Cidade:	ESCA DA
Email		Telefone comercial (DDD)	05.802.494/0001-41
		Telefone celular (DDD)	05.802.494/0001-41

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: Alexandre Monttino Silva PESO: 64 SEXO: M IDADE: 34
D.N.: 20.11.84 MÃE: Faunice Batista Silva

END.: l- Samuel Coelho N° 100 BAIRRO: Centro

PROFISSAO: Agricultor CIDADE: Amaraji NACIONALIDADE: Brasileiro

RESPONSÁVEL: O mesmo RG N°: 000000000000000000

QUEIXA PRINCIPAL: Artefato de Moto HORA DO ATEND.: 09:20

ACIDENTE / HORA: TEMPERATURA: PA:

DIAGNÓSTICO: CID:

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

Fauna de bicho do fogo - Inseto
inseto
inseto
inseto

DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS / ASSISTÊNCIA:

<u>Transfusão</u>	<u>Curativo</u>
<u>Urgo</u>	<u>para</u>
<u>Hosp. Dr. J. P. Palmeira</u>	<u>09:30</u>
<u>5427-0105.802.4917</u>	
<u>TRAGAO CORTE</u>	
<u>DE SEGUNDO</u>	
<u>10</u>	
<u>Rua da Aurora, 111 - Centro</u>	
<u>Bonfim - PE</u>	
<u>RECIFE - PE</u>	
<u>TÉCNICO DE ENF.: <u>Giane Monttino</u></u>	<u>ENFERMEIRO (A): <u></u></u>
<u>ASSINATURA MÉDICA</u>	



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL ALICE BATISTA DOS ANJOS

LAUDO MÉDICO PARA TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

UNIDADE DE DESTINO:

DADOS DO PACIENTE

NOME:

CNS IDENTIDADE DATA DE NASCIMENTO GÉnero

HISTÓRICO CLÍNICO

- Vítor L. S. de Souza é filho do casal Souza
Leite e nasceu em 1996 - final de outubro

E

(decreto - final de agosto)

CONDUTA INICIAL

EXAMES REALIZADOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DATA DA TRANSFERÊNCIA

MÉDICO ASSISTENTE
ASSINATURA DO MÉDICO

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

Nome do Paciente:
Alexandre monteiro de oliveira

Número do Registro:

734004

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:

Duração:

Data da Cirurgia:

Início:

Dir. M. de Anestesiologia:

15/07/18

posture de campo de

Cirurgia Realizada:

Tratamento Biológico

Descrição Cirúrgica

Pacientes sente um sentimento de apreço e entepe
colostomos longos → operação
abertura por planos

limpeza

Fabricas + fixaçõe c/ plást

parafuso

sentime

concreto





MINISTÉRIO DA SAÚDE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO, MILITAR FERNANDES MAGALHÃES

EVOLUÇÃO

HPR

Centro de Pesquisa e Desenvolvimento
CNPQ 042383

Nome do Paciente: Alexandre Monteiro

Registro: 134004

Enfermaria: 1

Leito: 1

15/05/18

Paciente submetido a cirurgia
do Tymo st

16/05/18

Paciente C1306, aps de sua cirurgia
clínica em hospital st
alto hospital st

05.002.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10.0117.709

Rua da Aurora, 10175, 51.902-801
Belo Horizonte - CEP: 50.000-010
REF: 14





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, dei 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
Período 2018/II

05.802.494/0001-41
TRALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.
10. MIT 279
Av. Rio 175, 51.902 B.C.
05600-010

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMARAJI
Rue Rocha Pontal, 72 - Centro - Amaraji - PE - CEP: 55515-000
Fone: (81) 35531844 - CNPJ: 11.294.380/0001-60

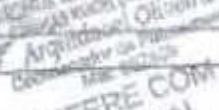
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH

05/02/2019 10:44:41
CRES-2428393

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES			3 - CRES	2428393	
2 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSP REGIONAL DE PALMARES DR SILVIO MAGALHÃES			4 - CRES	2428393	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
5 - Nome da Pessoal	Alexandre Mário da Silva			A Nº Placa: 000008		
6 - Cartão Nacional de São	7 - Data de Nascimento	8 - CRM	9 - RG	10 - Rua	11 - Bairro	
	00.11.84	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvalho		
12 - Nome da Mão	Eunice Martins da Silva			13 - Telefone de Contato		
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	25 - Travessa Lepaull Corrêa			16 - RUE	17 - DE	18 - CEP
unidade	Amaraji			6	55015000	

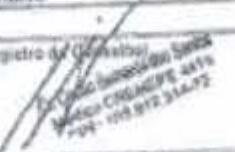
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Profissional que elaborou o laudo	21 - Condições que justificam a internação	 		
		22 - Principais Resultados da Prática Diagnóstica	23 - ID 19 Principal	24 - ID 19 Secundária
			5930	
25 - ID 19 Código Assistente				
26 - ID 19 Descrição				
27 - ID 19 Data				
28 - ID 19 Documento				
29 - ID 19 Profissional				
30 - ID 19 Profissional				
31 - ID 19 Profissional				
32 - ID 19 Profissional				
33 - ID 19 Profissional				
34 - ID 19 Profissional				
35 - ID 19 Profissional				
36 - ID 19 Profissional				
37 - ID 19 Profissional				
38 - ID 19 Profissional				
39 - ID 19 Profissional				
40 - ID 19 Profissional				
41 - ID 19 Profissional				
42 - ID 19 Profissional				
43 - ID 19 Profissional				
44 - ID 19 Profissional				
45 - ID 19 Profissional				
46 - ID 19 Profissional				
47 - ID 19 Profissional				
48 - ID 19 Profissional				
49 - ID 19 Profissional				
50 - ID 19 Profissional				

PREENCHER EM CASO DE CAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLENCIA)

36 - 1 Acidente de Trânsito	37 - 1 Acid. Trabalho Trajetos	38 - 1 Acid. Trabalho Trajetos	39 - 1 Acidente de Trânsito	40 - N° Bônus	41 - Série
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
42 - 1 Acidente Empresarial	43 - 1 Acidente Empresarial	44 - 1 Acidente Empresarial	45 - 1 Acidente Empresarial	46 - 1 Acidente Empresarial	47 - 1 Acidente Empresarial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 - Vinculo com a Previdência	49 - Vinculo com a Previdência	50 - Vinculo com a Previdência	51 - Vinculo com a Previdência	52 - Vinculo com a Previdência	53 - Vinculo com a Previdência
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORIZAÇÃO

48 - Nome do Profissional Autorizador	49 - Cod. Orgão Emissor
	E260000003
50 - Documento	51 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF
52 - Data da Autorização	53 - Assinatura e Câmbio (Nº Registro da Conselheira)
	
	05/02/2019
	TRABALHADORES DA SAÚDE HOSPITALAR - AIH
	DE SEGUROS LTDA
	10/02/2019
	Rua da Aurora, 10.175, 51.901 BL. C
	Baixa Vista - CEP: 50.060-010
	3618105459 76-6

Nome do Paciente	Alexandre Monteiro da Silva	Registro	734004
Clinica		Leito	1
Diagnóstico inicial (Constante do Laudo Médico)	Infome de Sangue		
Procedimento Solicitado	Transfusão de Sangue		
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	Anestesista		
06	Clinicos		

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	Infome de Sangue
Diagnóstico Definitivo	05.802.494/0001-41 THALAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 10 MTR 7-9
Diagnóstico Secundário	Rua da Aurora, nº 175, SL 90281-010 Rosápolis - CEP 55060-010 RJ/CEPE-PE
Motivo da Alta	Plano Médico

Data de Internação	Data de Alta	Dias de Hospitalização
15/05/18	16/05/18	01

Nome: Alexandre Monteiro da Silva
Sexo: M / F: M Idade: 30
Endereço:
Pais ou Responsável:
Lugar de Acreamento:

Registro:

000

Relatório:

000

Alvorada - 2

OPD / HDA:

Deferida Tug D

6) Evolução:

Obra, deformado

7) Tug:

Tug D

8) Conduta na Emergência:

HO CEG



9) Evolução na Emergência:

HO CEG



10) Destino do Paciente:

- Ata para Cesa
 Internamento
- Encaminhamento ao Laboratório
 Óbito
 Outro

Transferência para Outra Unidade

11) Condições de Saúde do Paciente:

Melhorado

Inalterado

Piorado

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/07/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
-225-20

Assinatura: Carenice CRF/SC 040

Nome do Paciente: *Wenceslado monteiro da Silva*Número do Registro: *734004*

Cirurgião:

1º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Data da Cirurgia:

OU: Pré-Operatório

2º Auxiliar:

Anestesista:

Duração:

Início:

*15/07/18**noturno de Sambo 06*

Cirurgia Realizada:

Tratamento hifomico

Descrição Cirúrgica

*Pacientes comenteu um sequestro**Aspirado + antínevrax**Colostomia fechada - operatório**Aberto por planos**Linfage**Retiradas + fixadas c/Plast**Parafuso**Sutura**Concluída*05.802.494/0001-41
TROCAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2018

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE*S*

10/10/18

10/10/18

10/10/18

Data do Atendimento: 15/06/2018
No. Atendimento: 733982
Prioridade: AMARELO - URGENCIA

Hora: 15:04:47
Urgência / Emergência
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 208643
Colaborador: ERICKHS
CNS: 888802980100036

Nome: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

Data de Nascimento: 20/11/1984
Idade: 33 Anos, 5 Meses e 25 Dias
País ou responsável: EUNICE BATISTA DA SILVA
Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO, 91 - CENTRO - 56515000
Cidade: AMARAJI
Tel.: 8197696501

Sexo: Masculino

Hora do Atendimento: 15:04:47 Hs

Queixa Principal:

Xerete notasse d
taz d



Exame Físico:
A: Geral Via aerea ecta párvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura:

B: Respiratório:

C: Circulatório:

D: Exame Neurológico: Deficiência motora: M5D M5E MID MIE Pupilas: isocônicas Anisocônicas
Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora
Glasgow: Abertura Ocular

E: Abdomen: Score: Hora: Escor: Hora: Escor: Hora:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

Tratamento / Procedimentos:

Queixa Principal Relatada a Classificação de Risco:
PACIENTE REFERIDO COM SENHA 8427010, COM HD: FRATURA DE FIBULA

Alergia:

Observação:
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS-IDM.

Evolução de Enfermagem

* Destino do paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório
 Transferência para outra unidade Outro Outro
Condição do Paciente: Maltratado Infiltrado Piorado

Internação Alta Móvelada 05/06/2018

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10/06/2018

Médico - Carimbo e Assinatura
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

DADOS PESSOAIS

Data da Internação: 15/05/2018

Hora: 15:56

PRONTUÁRIO 734004

734004

Prontuário: 208643

Atendimento: 734004

Nome: ALEXANDRO MONTEIRO DA SILVA

Data Nasc.: 20/11/1984 Idade: 33 Sexo: MASCULINO

Endereço: SEGUNDA TRAVESSA SAMUEL COELHO

Bairro: CENTRO

Cidade: AMARAJI Estado: PE

CEP: 55515000 Fone: 38818450

CPF:

CNS: 896002990100026

Nome da Mãe: EUNICE BATISTA DA SILVA

DADOS DA INTERNACÃO

Origem de Atendimento: SETOR DE INTERNAMENTO

Leito: OB AF L2

Unidade de Internação: OBSERVACAO ADULTO FEMININA

Tratamento: 0301060070 DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Médico do Atendimento: PLANTONISTA TRAUMATO-ORTOPEDISTA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 DEIT 2018

Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Funcionário Responsável pela Internação
ERICKHSM

	RECINTO DE SAÚDE MERCANTIL	HRP
Unidade:		
Nome:	Rog. N°	
Clinica:	Enferm.	

Atestados

Stato Flora 9
 Jardim das Palmeiras
 Belo Horizonte
 Belo Horizonte
 06 de 05/05/2013 em face
 de seu agente

Flávia

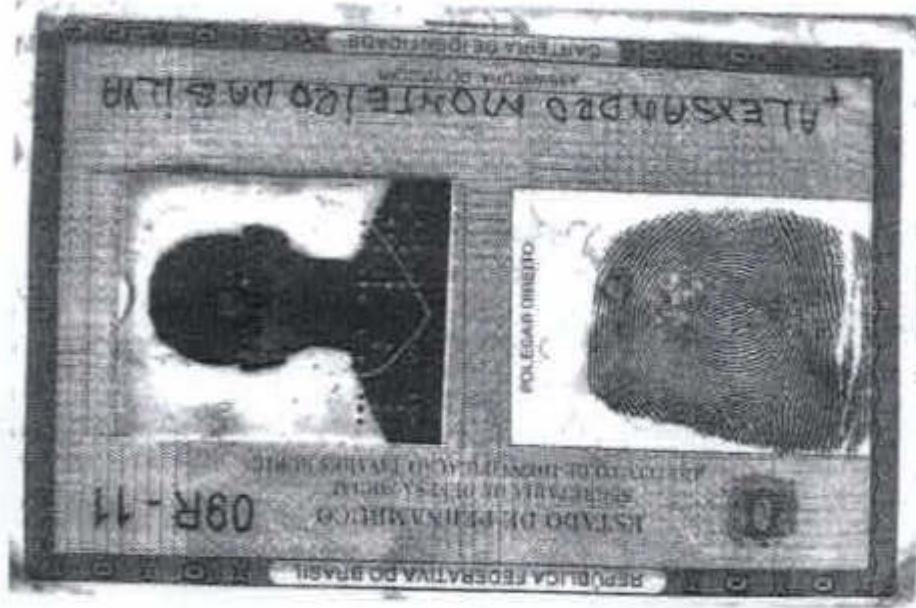
José Salgueiro D. Neto
 Trauma Ortopedia
 CRM 12352
 GPF 18020200564-00
 Assinatura, Caminho e CRM do Médico

26/05/13
 Data

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

10. M/17.2013

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE - PE



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OUT 2019

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



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 OCT 2019

10.011-2011
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIF-PE

PROCURACÃO PARTICULAR

Organização: ALEXANDRO FRONTRIGO DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 7.281.068 CPF: 082.365.994-08
End: 28 TRAVESSA SAMUEL COELHO, 81, ALTO DO CRUZEIRO,
Araçati - PE

Outorgado: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
RG/CNI/CTPS: 0.317.129 CPF: 076.711.374-80
End: RUA MATILDE, 45 LT 10, CENTR - ESCADA - PR

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

ALCENAS 2000 MODIFICO DA SILVA

Juanap. -RE , 26 de Junho de 2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
10 OUT 2019

10.000,00
Rua da Aurora, 10175, S. 902 BL.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ALEXANDRE MARCIAO DA SILVA
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBIDO EN EL JUICIO NÚMERO 1001-2009-2701
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESTADÍO DE LA FUERZA AÉREA, 1000-1001-1000, TERCERA FLOOR, 26 DE
JUNIO DE 2010 - 11:15H.
La Tercera Sala
RECIBIDO EN EL JUICIO NÚMERO 1001-2009-2701
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESTADÍO DE LA FUERZA AÉREA, 1000-1001-1000, TERCERA FLOOR, 26 DE
JUNIO DE 2010 - 11:15H.

Setor de Registro e Notas
Ananindeua-PE
Geraldo Cibele Barcelos
Brevemente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371333/18

Vítima: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

CPF: 082.464.994-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/05/2018

Titular do CPF: ALEXSANDRO MONTEIRO DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Jose Soares da Silva Filho