



Número: **0061163-46.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALBERTO MACENA DA SILVA (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71158 095	17/11/2020 16:38	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200290052 **Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA**

Data do Acidente: 03/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01551/01552 - carta_01 - INVALIDEZ



00020776

Carta nº 16032203



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200290052 Vítima: ALBERTO MACENA DA SILVA

Data do Acidente: 03/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALBERTO MACENA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos laudos dos exames realizados, tais como, Raio X, Tomografia e/ou Ressonância Magnética, pois não foram entregues. Não é necessário apresentar as películas/chapas dos exames.
---	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

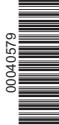
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01157/0158 - carta_03 - INVALIDEZ



00040579

Carta nº 16050971



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do Instituto ou ASL:

3 - CPF da vítima: **975 844 014-49** 4 - Nome completo da vítima: **Alberto Moura dos Reis**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Alberto Moura dos Reis	6 - CPF: 975 844 014-49
7 - Profissão: revisor	8 - Endereço: Ruado Campo
9 - Bairro: Ilha Jeana Beira Mar	10 - Cidade: Recife
11 - Estado: PE	12 - CEP: 50.080-600
13 - Número: 383	14 - Complemento: BL. 9975 40001
15 - E-mail:	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar os dígitos se existir)

(informar os dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: **1838**

CONTA: **39 300**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos/nietos? Sim Não 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INSCRIÇÃO
Digital ou
firmada
bem legível
(obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

43 - Assinatura do Procurador

40 - Local e Data:

Recife, 13 de julho de 2022

Jefferson Magalhães

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 024ª CIRCUNSCRICAO - VARADOURO - DP24°CIRC DIM/7°DESEC

BOLETIM DE OCORRÉNCIA N° 20E0114003394

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 10/07/2020 às 15:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 3/3/2020 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: FRAGOSO, 01, RODOVIA PE 15 - Bairro: FRAGOSO
OLINDA-PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53140-080
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvido(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
PERNAMBUCO MOTOS LTDA (OUTRO)
ALBERTO MACENA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALBERTO MACENA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AVANI MACENA DA SILVA Data de Nascimento: 8/6/1977 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 4788775/SOS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escaladade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: TECNICO (OUTROS) Telefones/Celulares: - 86919681

Endereço Residencial: RUA DO CAMPO, 333, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: ILHA JOANA BEZERRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

PERNAMBUCO MOTOS LTDA - 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): PERNAMBUCO MOTOS LTDA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERTO MACENA DA SILVA



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA-HONDA-NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW6812** (PERNAMBUCO/PAULISTA)
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADAS CONDUZIA A MOTOCICLETA QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO QUANDO O AUTOMOVEL PLACA MUV4501 COLIDIU LATERALMENTE NA MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA DE ROLAMENTO TAMBEM RELATOU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOVEU PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO.

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


ALBERTO MACENA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MAURICIO FRANCO ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **10/07/2020 às 16:00**)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do Instituto ou ASL:

3 - CPF da vítima: **975 844 014-49** 4 - Nome completo da vítima: **Alberto Moura da Silveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Alberto Moura da Silveira	6 - CPF: 975 844 014-49
7 - Profissão: curso	8 - Endereço: Ruado Campo
9 - Bairro: Ilha Jeane Belo Horizonte	10 - Cidade: Recife
11 - CEP: 50.080-600	12 - Estado: PE
13 - Número: 383	14 - Complemento: (81) 9975 4053
15 - E-mail:	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar os dígitos se existir)

(informar os dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: **1838**

CONTA: **39 300**

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou netos: Sim Não 31 - Vítima tem irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INSCRIÇÃO
Digital ou
firmada
bem legível
(obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

43 - Assinatura do Procurador

40 - Local e Data:

Recife 13 de julho 2022

Alberto Moura da Silveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 7



ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr.(a) Alberto Marques Silva
necessita afastar-se de suas atividades laborativas por um período de (7)
dias, para tratamento médico.
CID: 592.3

RECIFE, 03 DE 03 DE 2020

Alexandre Marques
Médico / CRM / Data
*Alexandre Sávio A. Souza
Recife - PE
CRM-PE 11.711*

NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no art.86 do RGPS aprovado pelo decreto nº. 6070 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Rua do Espinheiro, 222 Espinheiro
Recife / PE
Fone: 812138-2950



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 8

ALTA

Página 1 de 1

FM050009 12:30

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE	Dr. Nasc.: 08061977	Atendimento: 10931561	Prontuário: 8420173
Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	Prof.: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Lote: 3002224	
Convênio: HAPVIDA			
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 1111120	Nº: 10306216	03030505	11:31

CONDICÕES DE ALTA

Alta do Paciente	Sim	00
DATAS/HORA DA ALTA		
Data Da Alta	03/03/2020	00
Data Da Alta	03/03/2020	00
Hora Da Alta	11:31	00
Hora Da Alta	11:31	00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 9

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

26/03/2020 12:30

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE		Dr. Nasc.: 080671977	Atendimento: 19575638	Prontuário: 8320373
Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	Conselho: HAPVIDA	Presto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito: 3002228	
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM 13711 [1]		Nº: 17082421	19/03/2020	RS 11:45
ANAMNSE				
Quenza Principal	TAC REVELOU FRACTURAS EM CUNIFORME E M/T, SEM DESVIO PONTO TALA GESSADA E ENCAMINHO PRO AMBULATORIO DE MÃO.			
Quenza Principal				
Diagnóstico Inicial	8B -CID10 NÃO AGRUPADOS			
CID10	S823 FRACTURA DE OSSOS DO METATARSO			
Alergias	Não			
Medicação Em Uso	Não			
Antecedentes Patológicos Familiar	Não			
Comorbidades	Não			
DIAGNÓSTICO				
CID10	S823 FRACTURA DE OSSOS DO METATARSO			
CID10	S823 FRACTURA DE OSSOS DO METATARSO			
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
 Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 10

ALTA

Página 1 de 1

19/03/2020 12:50

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE			
Paciente: ALBERTO MACENA DA SILVA	Dt. Nasc.: 08/06/1977	Atendimento: 19931561	Promotoria: 8320373
Convênio: HAPVIDA		Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Lote: 30022274
Profissional(s): ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA CRM:17711/PE		NP: 16996236	03/03/2020 11:31
CONDICÕES DE ALTA			
Alta do Paciente	Sim	[1]	
DATARHORA DA ALTA			
Data Da Alta	03/03/2020	[1]	
Data Da Alta	03/03/2020	[1]	
Hora Da Alta	11:31	[1]	
Hora Da Alta	11:31	[1]	



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
 Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 12



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **ALBERTO MACENA DA SILVA**, portador do RG: 4.788.775 SDS /PE, CPF:975.844.014-49, foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, ocorrência: 5757247, no dia 03/03/2020, aproximadamente as 08:06horas, colisão entre moto x carro em via pública, PE-15 S/N, Jardim Fragoso, Olinda, em frente a faculdade de ciências humanas, sendo encaminhado para Hospital do Espinheiro.

Olinda, 18 de março de 2020.

Carlos Alberto Barbosa da Silva
Técnico Administrador
Matrícula 013881
Carlos Alberto Barbosa
Tec. Adm./SAMU 192 – Olinda

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 17/11/2020 16:38:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111716381540600000069766749>
Número do documento: 20111716381540600000069766749

Num. 71158095 - Pág. 13