

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1104511100

ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8155242 RDS PE

CPF
095.595.464-90

DATA NASCIMENTO
27/03/1991

FLUACÃO
EUVALDO PEREIRA DE SOUZA
ELIANE PEREIRA DE ARAUJO

FUNDADO
ACC
CAT. HNS
AB

1º REGISTRO
05146383701

VALIDADE
27/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
12/02/2011

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Robson Pereira de Araujo Souza
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
AFOGADOS DA INGENHEIRA - PE

DATA EMISSÃO
20/08/2015

[Assinatura]
ASSINATURA DO TITULAR

48055647618
PE068200803

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E REGISTRO DE DADOS

E-01



HELENA SIQUEIRA LIBERAL SILVA



CARTERA DE IDENTIDADE

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR., 2019

SEGURO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.761.780 DATA DE EXPEDICAO 26/04/2017

TITULAR << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>

RELACIONADO << ANTONIO DE PAULA LIBERAL >> << HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>

NATURALIDADE AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 16/09/1965

DCC: CIPSEM << CC. 1.362 L.B-2 F.106 CART. 1º >>

AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>

CNPJ 589.391.134-20

ASSINATURA

417333722604143105.7426118 F-76 173.103 - 3021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254771 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 1,6,8.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA (menor) representado por sua genitor ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA, brasileiro, casado, vendedor, residente e domiciliar na rua Antônio soares Souza nº 21 TABIRA -PE CEP 56780-000, portador do RG Nº 8155242 SDS/PE e CPF 095.595.464-90.

Outorgado: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA, brasileira, estada civil casada, profissão autônoma, residente e domiciliado à Rua Henrique dias, nº 288, bairro centro AFOGADOS DA INGAZEIRA, Estado de PE CEP. 56.800.000, portadora do RG 2761780 SDS / PE e CPF nº 589.391.134-20

Por este instrumento particular de procuração, o(a)outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a) ,para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do consócio seguro DPVAT , o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA (a) ocorrido em 09/12/2018,conforme registro pelo B.O anexo ao processo..

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar declarações de endereço , assinar autorização de pagamento /credito de indenização de sinistro DPVAT ,para o pagamento de quitação da indenização de sinistro DPVAT** , enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.



TABIRA-PE, 28/03/2019.

OUTORGANTE

Robson Pereira de Araujo Souza

CARTÓRIO UMBERTO GOMES
Praça Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeira (PE).
Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 Selo:
0150599.PQX02201901.02581 Consulte autenticidade em . 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO DOS SANTOS - Substituto

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113314/19

Vítima: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

CPF: 095.595.464-90

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 09/12/2018

CPF de: Representante

Titular do CPF: ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA : 589.391.134-20

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

ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA : 095.595.464-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 02/04/2019
Nome: HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA
CPF: 589.391.134-20

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36

SIMONE BARBOSA CORREIA

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254771

Vítima: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254771

Vítima: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

Data do Acidente: 09/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002699-9

Conta: 000010017605-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	095.595.464-90	Carlos Gabriel de Araujo Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Carlos Gabriel de Araujo Souza	095.595.464-90	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	21	Cas.
Endereço:	Estado:	CEP:
Antonio Soares Souza	PE	56780-000
Beirao:	Cidade:	Tel. (DDD):
Fatima	Tabira	33 99912-9089
E-mail:		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itau (341)	Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2699 9	CONTA: 17605 2	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 28.03.2019 Tabira

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF: 095.595.464-90

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

02 APR 2019

SEGURO DPVAT

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

ASC-0113314/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 169ª CIRCUNSCRIÇÃO - TABIRA
DP169ªCIRC DINTER2/20ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0259000311

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 21/03/2019 às
15:27

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 9/12/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **SITIO FAZENDA NOVA- TABIRA-PE, EM FRENTE A
CHACARA DE LUIZ DO DOCE - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
**MUNICÍPIO DE TABIRA, 1 - Bairro: CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO
/BRASIL**

Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA (AUTOR/AGENTE)
SILVANEIDE DOS SANTOS SOUZA (TESTEMUNHA)
CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) **ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA**

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

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

**CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SILVANEIDE DOS SANTOS SOUZA ARAUJO Pai: ROBSON PEREIRA DE
ARAUJO SOUZA Data de Nascimento: 22/4/2013 Naturalidade: TABIRA / PERNAMBUCO /
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:
ESTUDANTE**

**Endereço Residencial: RUA ANTONIO SOARES DE SOUZA, 21 - CEP: 56780000 - Bairro:
CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, POR TRÁS DO MERCADO DE CARLINHOS**

**ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: ELENICE PEREIRA DE SOUZA Pai: EDVALDO PEREIRA DE SOUZA Data de
Nascimento: 27/3/1991 Naturalidade: MAVA / SAO PAULO / BRASIL Documentos:
2155242/SDS/PE (RG), 89553546490 (CPF), 88140383781 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 87996317593**

**Endereço Residencial: RUA ANTONIO SOARES DE SOUZA, 21 - CEP: 56780000 - Bairro:
CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL, CENTRO**

**SILVANEIDE DOS SANTOS SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: JOANA ROSA DOS SANTOS SOUZA Pai: SEVERINO SILVA DE SOUZA Data**

Atim de Ocorrência

file:///C:/Users/3DS/.infopol/xml/BOEPreview.html

de Nascimento: 29/5/1994 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 11638493447 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2°. GRAU
COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: RUA ANTONIO SOARES DE SOUZA, 21 - CEP: 56780000 - Bairro:
CENTRO - TABIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHS8145** (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: **529681264** Chassi: **9C2HC68264R021689**
Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **A CITADA MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE SEVERINO SILVA DE SOUZA**

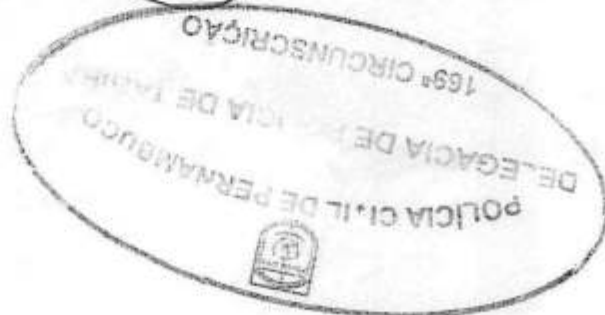
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. ROBSON PEREIRA DE ARAUJO ,
PARA COMUNICAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA CIDADOS, QUANDO VINHA COM
SEU FILHO CARLOS GABRIEL NA GARUPA, DO SITIO FAZENDA NOVA SENTIDO
CIDADE DE TABIRA-PE, NA MOTOCICLETA JA INFORMADA, UM OUTRO VEICULO QUE
NÃO DEU PRA VER A MARCA, SOBROU NA CURVA ENCOSTANDO E DERRUBANDO A
MOTOCICLETA, ONDE VITIMOU GRAVEMENTE SEU FILHO CARLOS GABRIEL, QUE FOI
SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL QUE NO MOMENTO NÃO TINHA MEDICO E
POSTERIORMENTE SEGUIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA
INGAZEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E COMPROVADO LESÃO NOS DE DEDOS DOS PE
ESQUERDO, PELO INFORMADO PEDE PROVIDÊNCIAS NESTA D.P.

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

Robson Pereira de Araujo Souza
ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: *Miraldino Luiz Gomes da Silva* - Matrícula: 3318638



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254771 **Cidade:** Tabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 1º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 1,6,8.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	095.595.464-90	Carlos Gabriel de Araujo Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Carlos Gabriel de Araujo Souza	095.595.464-90		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuso	Antonio Soares Souza	21	Casa
Beirao:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fatima	Taboão	PE	56780-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	87 99912-9089		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2699 9 CONTA: 17605 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 28.03.2019 Taboão

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF: 095.595.464-90

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 90683
 Data 09/12/18
 Hora 19.20

PACIENTE

Nome: Carlos Gabriel do Araujo Souza Categoria: SVS CIO
 Sexo: M Idade: 22/10/13 Cor: P Estado Civil: menor
 Naturalidade: Agoa dos Profissão: menor
 Endereço: Rua M^a Bento da Silva Nº 62 Fatima Galina

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Gilvaneide dos Santos Souza Parentesco: Mãe
 Endereço: Idem

ernado por Ordem de _____

Ass. Médico - CRM _____

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico _____

Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ BPM

Temperatura _____ °C Peso _____

Queixa Principal Pratim exposto de metatarso m^o ⑤

História da Doença Atual _____

Acidente motociclístico
forreu pratim exposto metatarso.
+ lesão TFLH + ABH.

79.393.021/0001-27
 HOSPITAL DO INSTITUTO
 DE MEDICINA DO TRABALHO
 FUSAM - FUND. DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS

Dr. Thiago Avelino Leite
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM - PE 26.338/0001-27

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausculta: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Transferido para _____

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido Fratura do 1º MTT - E.

Tratamento Osteossíntese com fio de Kirschner.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

Data 10, 12, 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia

CRM PE 11.946

SBO 11.923

Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

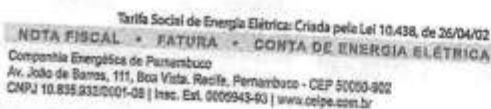
CLIENTE: ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02699-9

CONTA: 000010017605-4

Nr. da Autenticação 8521668C8248F473



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 288

CENTRO/AFOGADOS DA INGAZEIRA
AFOGADOS DA INGAZEIRA PE
56800-000

CONTA CONTRATO	NÚMERO
7008375172	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
25/03/2019	15/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	260,97

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
054517299	ÚNICA	18/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/03/2019	2011844471	8950

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	281,0000000	0,75250324	211,46
Contrib. Ium. Policia Municipal			35,80
ICMS Subvenção-CDE-NF 048922983- 15/01/19			3,19
Multa por atraso-NF 048922983- 15/01/19			7,47
Juros por atraso-NF 048922983- 15/01/19			3,23
Atualização IGPM NF 048922983- 15/01/19			0,03

SEGURO PRIVAT

260 97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									260,97
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (NM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
732308		14-02-2018	70.685,00	18-03-2018	70.746,00	32	1,00000		261,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Setor	Consumo (kWh)	Porcentagem (%)
Transmissão	42,30	4,52%
Distribuição (Ctep)	45,30	21,40%
Perdas de Energia	14,20	8,76%
Energia Setorial	11,83	5,52%
Tributos	84,86	39,60%
Total	211,45	100%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Base de Cálculo	%	Valor do Imposto
ICMS	20,00	42,30
PIS	1,01	2,13
COPFMS	4,88	0,59

Consumo Atividade

TABELAS APLICADAS

0,021-0002

AD10 FEB 0245 2478 4C8A D864 922B 6457

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Para garantir a máxima proteção de seus dados pessoais, a prática precisa refletir de forma clara e objetiva o tratamento dos dados pessoais que serão utilizados. A coleta dos dados pessoais deve ser realizada com o consentimento do titular dos dados, que deve ser informado sobre a finalidade da coleta, o prazo de validade, o destino dos dados, o tratamento a ser realizado, o compartilhamento com terceiros, o armazenamento, a segurança, a transferência, a portabilidade, a eliminação, a possibilidade de revisão, a possibilidade de contestação, a possibilidade de reclamação e a possibilidade de recurso.

As condições gerais de funcionamento (resolução ANVISA, 41-600/10), testes, produtos, serviços prestados e tributos são encontrados a disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.celab.com.br

EM ATUALIZAÇÕES DEBÍTOAS EXISTENTES CAUSAM O CUSTO.

Vencido	De resgate	Valor	Vencido	De resgate	Valor
21.02.19	15.02.19	200,00			

Este contrato NÃO substitui atos de gestão anteriores a NÃO contendo cláusula em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento gerada por atos de gestão anteriores, poderá ocorrer o rompimento do contrato, podendo também ocorrer cotização conforme os critérios definidos no Art. 6º do RDC 41/2009. Poderá ocorrer ações de cotização, bem como inclusão nos registros de restrição do cadastro SPC e SERASA.

FUNÇÃO E FREQUÊNCIA DAS ATIVIDADES					MÉDIA DE TEMPO		
AFOS/CONDIÇÃO	TEMPO NORMAL	LIMITE NORMAL	LIMITE TEÓRICO	LIMITE REAL	TEMPO NORMAL (X)	LIMITE DE VARIAÇÃO (Y)	
DIK	1,88	0,03	12,08	34,12	220	202	231
FEI	1,00	3,38	8,72	12,48	380	350	389
IME	0,00	3,54	0,00	0,00			

Limite DIK: 12,22

RUSS - Valor de Encargos de Uso do Sistema de Distribuição em 27 %

DATA CONTRATO 0083375172 MES/ANO 03/2019 DATA DE ENCERRAMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 000



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 589.391.134-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CARLOS GABRIEL DE ARAÚJO SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.595.464-90, do sinistro de DPVAT INVALIDEZ da Vítima CARLOS GABRIEL DE ARAÚJO SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.595.464-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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: RUA HENRIQUE DIAS

Número: 288

Complemento: CASA

Bairro: CENTRO

Cidade: AFOGADOS DA INGAZEIRA

Estado: PE

CEP: 56.800.000

E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM

Tel.(87): 9912-9089-98865-4729

Local e Data: AFOGADOS DA IGAZEIRA / PE 28 / 03 / 2019.

Helanita Siqueira Liberal Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

EU SEVERINO SILVA DE SOUZA, RG nº 4660008, data de expedição 11/09/1991

Órgão SS/PE, portador do CPF nº 825.064.3444-53, com domicílio na cidade de TABIRA, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) rua Francisco Antônio da rocha, nº 114, complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA, cujo o condutor era ROBSON EREIRA DE ARAÚJO SOUZA.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD Ano: 2004/2004

Placa: KHS 8145 Chassi: 9C2KC8204R021680 Data do Acidente: 09 / 12 / 2018

Local e Data: 28/03/2019 TABIRA-PE

Severino Silva de Souza

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praca Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro

CEP: 56800-000 - Afogados de Ingazeira (PE).

Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de SEVERINO SILVA DE SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.RS 3,51, TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:

0150599.EIH02201901.02587 Consulte autenticidade em

. 28/03/2019 09:32 - LUCILIO VALERIO SILVINO

DOS SANTOS - Substituto



Umberto Gomes

PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praca Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro

CEP: 56800-000 - Afogados de Ingazeira (PE).

Tel.: (87) 3838-3303 | e-mail: cartorioumbertogomes@gmail.com

Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.RS 3,51, TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:

0150599.GKL02201901.02586 Consulte autenticidade em

. 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO

DOS SANTOS - Substituto



Umberto Gomes

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENF LEITO

Registro Nº 90683
Data 09/12/18
Hora 19.20

PACIENTE

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Souza Categoria: SVS O10
Sexo: M Idade: 22/10/13 Cor: P Estado Civil: solteiro
Naturalidade: Agoa dos Profissão: meio
Endereço: Rua M^a Bento da Silva Nº 69 Fatima Gabina

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Gilvanilde dos Santos Parentesco: Mãe
Endereço: Idem

ernado por Ordem de _____
Ass. Médico - CRM

☐ Clínico ☐ Cirúrgico Hora do Atendimento Médico
Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ BPM
Temperatura _____ °C Peso _____
Queixa Principal Pratido exposto de metatarso m^o ⑤

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual
Acidente motociclístico
forreu prático exposto metatarso.
+ lesão TFLH + ABP.

79.893.526/15-20
HISTÓRIA DO PACIENTE
EXAMINADO EM 09/12/18
LUGAR DE EXAME: FUSAM

Dr. Thiago Augusto Leite
Otorrinolaringologista
CRM - PE 26158/15
TELEFONE

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausculta: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Transferido para _____

Diagnóstico definido Distúrbio do 1º MTT - E.

Tratamento Osteossíntese com fixação Kirchner.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

EXCELSOR 26/08/2018

Data 10, 12, 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.546 SBO 11.923
Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma

SUS		Unidade: <u>H. REC / H. TRI / SUS 898 004028 / 44959</u>				Data: <u>09.12.18</u>	
						Nº da ocorrência <u>(102)</u>	
PACIENTE	Nome: <u>Carlos Gabriel de Araujo Souza</u>						Telefone: _____
	Residência: <u>Rua Maria Bento da Silva Nº 62 - Fátima - Valparaíso</u>						
RESPONSÁVEL	Nome: <u>Silvaneide dos Santos Souza (Mãe)</u>						Telefone: <u>99687929</u>
	Residência: _____						
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS			<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<u>22</u> <u>04</u> <u>2013</u>	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO	ÓRGÃO EMISSOR
		<u>menor</u>					
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA		ATENDIMENTO	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA CHEGADA		CHEGADA <u>17:40</u> SAÍDA		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA				
MÁX.: _____	MIN.: _____		AXILAR: _____ RENAL: _____				
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas				Exames Complementares			
				<u>VEH</u>			
				Tratamento			
				<u>SNT</u> <u>curativo</u>			
Destino Dado ao Paciente				Impressão Diagnóstica			
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado _____ Removido _____				EXCELSIOR SEGUROS 02 ABR. 2019 SEGURO DPVAT			
Óbito às _____ H _____ Min. do Dia _____ Encaminhado ao IML () <u>VEH</u>				Licença Concedida _____ Dias _____ Assinatura - Carimbo - CRM / CRO			

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:

174.889.022/0019-247
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO
Av. 15 de Novembro, 501 - Fátima
50.040-000 - Al. de Aguiar - PE

RECIBO DO LAUDO
03 MAR 2018
EXCELENTES 25081402

19.01.18 - Realizado orientações aos familiares e comunicado a PM local.

Elida D. Pereira
Assistente Social
CRESS/PE 7092

PatientID:
Name:

20181209102

CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

Sex:
BirthDate:
Age:

Masculino
22.04.2013
5a.

AP E



OBL E



Data do estudo: 09.12.2018

Image:1 Series:1

PatientID: 20181209102
Name: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

Sex: Masculino
BirthDate: 22.04.2013
Age: 5a.

Data do estudo: 09.12.2018

APE

OBL E



Image:1 Series:1

Carlos Gabriel de Araujo Souza

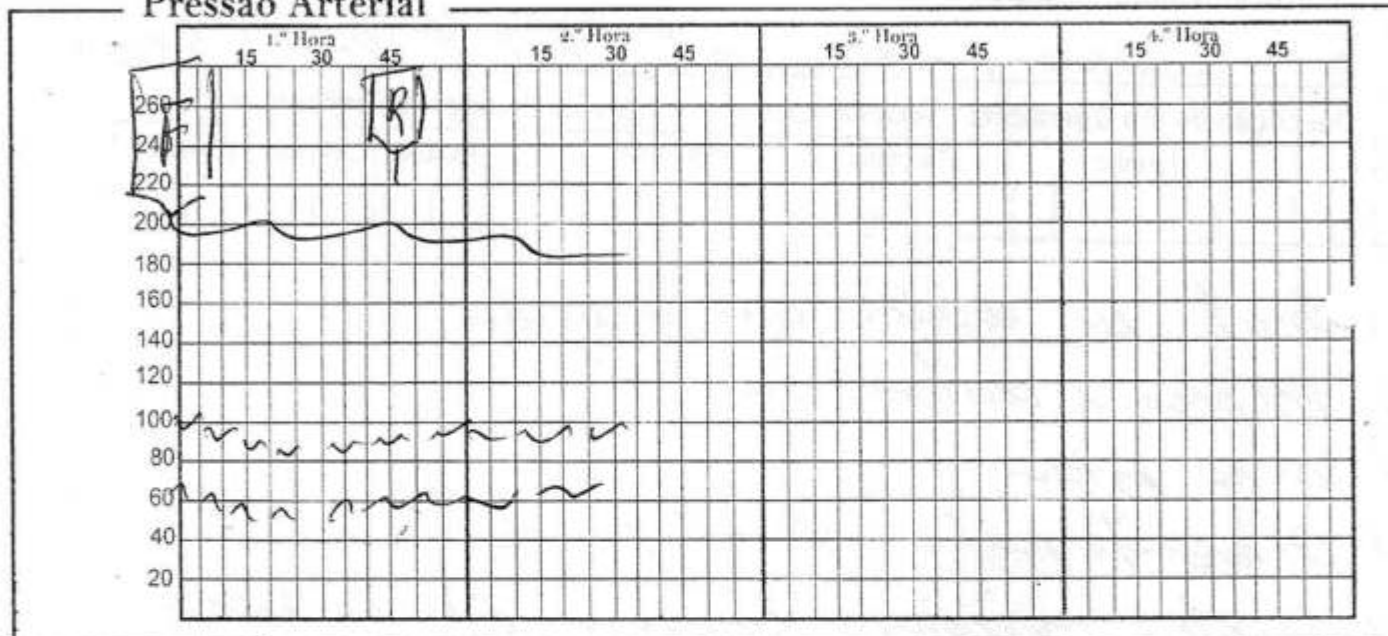
Laudo de Cirurgia

idade: 56 anos

ASA = I

Data	Início	Término	Duração
08/12/18	20:40	22:00	01:20

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Rapui - L3-L4 Botão amarelo Princípio e Af. 25 Lck claro	Neocoma - 5%	10mg

Hora	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações
	cefaletrina - 500mg
	Dominol - 5mg
	Flutaxil - 25mg
	Kefauum - 12,5mg
	atropina - 0,5mg

170.023.000/000-0007
 Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica
 Ministério da Saúde

Anestesiologista
 Carlos Gomes dos Anjos
 707.764-91



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
Seção de Autenticidade
e Fiscalização

CONJUNTO DE REGISTROS CIVIS DAS
PESSOAS NATURAIS DO INTERIORE DO
ESTADO DE PERNAMBUCO - PE
CNPJ nº 06.940.540/013
Cartório de Registro Civil de Tabira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Titular
Nome de Nascimento
Substituta

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

MATRÍCULA:

0774530155 2013 1 00023 243 0025600 06

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Vinte e Dois de Abril de Dois Mil e Treze

DIA MÊS ANO

22 4 2013

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

15:00

Tabira - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Tabira - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

Hospital Dr. Luiz José masculino
da Silva Neto

FILIAÇÃO

SILVANEIDE DOS SANTOS SOUZA ARAUJO e ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

AVÓS

JOANA ROSA DOS SANTOS SOUZA e SEVERINO SILVA DE SOUZA

ELENICE PEREIRA DE ARAUJO e EDVALDO PEREIRA DE SOUZA

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEOS(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Oito de Maio de Dois Mil e Treze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30569459372

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Tabira, 08 de maio de 2013

Cartório do Registro Civil de Tabira

RUA PAULINO GONÇALVES DE MELO, 60 - CEP.: 56.760-000 - CENTRO - Tabira - PE

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programaminhacertidao.pe.gov.br/serc/consultacertidao.jsp>

Informe o código: 29AD67D8-BE2E-434B-A3D7-3135E4D164BD Data do Registro: 08/05/2013 15:21:57

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT