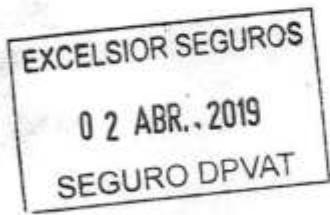




**EXCELSIOR SEGUROS**  
**02 ABR. 2019**  
**SEGURO DPVAT**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## 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.

**OURTOGANTE** Robson Pereira de Araujo SOUZA

CARTÓRIO UMBERTO GOMES  
Praco Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro  
CEP: 56800-000 - Afogado 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.RS 3,51, TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:

0150599.PQX02201901.02581 Consulte autenticidade  
em . 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO  
DOS SANTOS - Substituto

*Robson*



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

**CPF de:** Representante

**Data do acidente:** 09/12/2018

**Titular do CPF:** ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA

SIMONE BARBOSA CORREIA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, retorno 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](http://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 ASI:

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:

Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF:  
095.595.464-90

Profissão:

RECUSO

Endereço:

Antônio Soares Souza

Número:  
21

Complemento:  
cas.

Bairro:

Fatima

Cidade:

Tabira

Estado:

PE

CEP:  
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).

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2699

9

CONTA: 17605

2

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

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

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

02-ABR-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 RAGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ISG-0113314/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 169ª CIRCUNSCRICAO - TABIRA  
 DP169°CIRC DINTER2/20°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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  
 MUNICIPIO 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(s) bair  
 ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

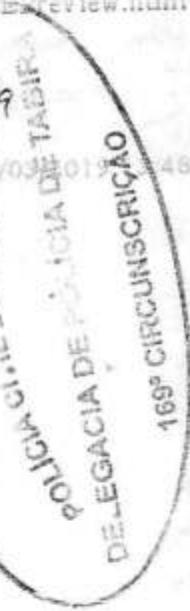
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA** (não presente ao plantão) - Sexo:  
 Masculino Mar: 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 TRAS DO MERCADO DE CARLINHOS

**ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA** (presente ao plantão) - Sexo:  
 Masculino Mar: ELENICE PEREIRA DE SOUZA Pai: EDVALDO PEREIRA DE SOUZA Data de  
 Nascimento: 27/3/1991 Naturalidade: MARA / SAO PAULO / BRASIL Documentos:  
 8185242/SDS/PE (RG), 00550546490 (CPF), 00140383781 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)  
 Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:  
 - 87996917592

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 Mar: JOANA ROSA DOS SANTOS SOUZA Pai: SEVERINO SILVA DE SOUZA Data



item de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/B.O.EPreview.html

de Nascimento: 29/8/1984 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /  
 BRASIL Documento: 11038493447 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. 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 (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

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

Placa: KHSB145 (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: 828681204 Chassi: 9C2KCG8204R021688

Combustível: GASOLINA

Descrição: A CITADA MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE SEVERINO SILVA DE SOUZA

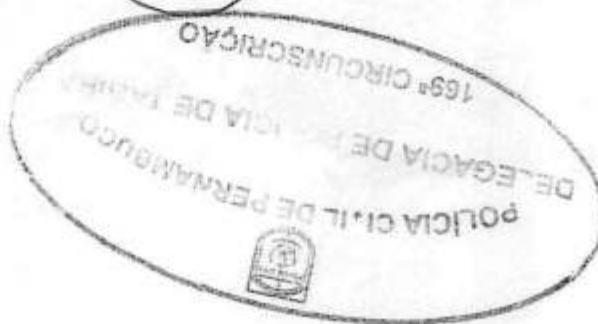
### Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. ROBSON PEREIRA DE ARAUJO , PARA COMINICAR 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 JÁ INFORMADA, UM OUTRO VEÍCULO QUE NÃO DEU PRA VER A MARCA, SOBROU NA CURVA ENCOSTANDO E DERRUBANDO A MOTOCICLETA, ONDE VITIMOU GRAVIMENTE SEU FILHO CARLOS GABRIEL, QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL LOCAL QUE NO MOMENTO NÃO TINHA MÉDICO E POSTERIORMENTE SEGUIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E COMPROVADO LESÃO NOS DE DEDOS DOS PÉ 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: 3310038



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# 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 ASI:

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:

Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF:  
095.595.464-90

Profissão:

RECUSO

Endereço:

Antônio Soares Souza

Número:  
21 Complemento:  
cas.

Bairro:

Fatima

Cidade:

Tabira

Estado:  
PE

CEP:  
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).

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Nome do BANCO:

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2699

9

CONTA: 17605

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

## 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

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

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Robson Pereira de A Souza *[Assinatura]*  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

02-ABR-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 RAGO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ENF \_\_\_\_\_ LEITO

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

## FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 90-683

Data 09/12/18

Hora 19.20

PACIENTE

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Soárez Categóri: 605 00

Sexo: M Idade: 22/10/413 Cor: P Estado Civil: solteiro

Naturalidade: Alegodor Profissão: viveres

Endereço: Rua M<sup>a</sup> Bento da Silva Nº 69 Fátima Sabina

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Silvanaide dos Santos Parentesco: Mãe

Endereço: Igreja

ernado por Ordem de \_\_\_\_\_

Ass. Médico - CRM

 Clínico Cirúrgico

\_\_\_\_\_

Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial \_\_\_\_\_ MX \_\_\_\_\_ MN. P脉 \_\_\_\_\_ BPM

Temperatura \_\_\_\_\_ °C Peso \_\_\_\_\_

Queixa Principal: Fadiga exaustão metabólico no tórax

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual

Acidente motociclistico

ferreu próximamente metade.

+ lesão TFLH + ABP.

Dr. Thiago Almeida Leite  
Ortopedista e Traumatologista  
CRMF - PE 26.036.000-0  
Tutor

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

## EXAME FÍSICO

Inspeção: \_\_\_\_\_

Palpação: \_\_\_\_\_

Ausculta: \_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Alta	Condições de Alta		
Curado _____ <input type="checkbox"/>	Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias		
Melhorando _____ <input checked="" type="checkbox"/>	Óbito em _____	Motivo:	
Inalterado _____ <input type="checkbox"/>	Hora _____	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	
Piorado _____ <input type="checkbox"/>	+ 48 Horas _____ <input type="checkbox"/>	Alta Pedida <input type="checkbox"/>	
Óbito _____ <input type="checkbox"/>	- 48 Horas _____ <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	
Transferido para _____	Indisciplina <input type="checkbox"/>		

Diagnóstico definido Festivo do 1º MTT - E.

Tratamento Estabilizante com fio de Kirschner.

Diagnóstico anátomo-Paratológico \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

Data 10/12/18

*Dr. Francisco E. Melo Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 15.546 Ass. do Médico - CRM  
SB07 11923*  
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



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.835.032/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
JOAO VIANEY V SILVA MERCEARIA ME

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA HENRIQUE DIAS 286

CNPJ: 70.221.485/0001-73

CENTRO/AFOGADOS DA INGAZERA,  
AFOGADOS DA INGAZERA PE  
58800-000

CLASSIFICAÇÃO  
B3 COMERCIAL  
COMERCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	ESSAÇAO	CONTA CONTRATO	MESANO
054517299	UNICA	18/03/2019	7008375172	03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA PRIMEIRA PRESTAÇÃO LUTURA
18/03/2019	201184471	9850	25/03/2019	15/04/2019
			TOTAL A PAGAR (R\$)	260,97

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	281.000000	0,75250224	211,45
Contrib. Ium. Pública Municipal			35,00
ICMS Subvenção-CODE-NF 046872983-18/01/18			3,19
Multa por atraso-NF 046822983 - 18/01/18			7,47
Juros por atraso-NF 046822983 - 18/01/18			9,23
Atualização IGP-M-NF 046822983 - 18/01/18			0,03

**EXCELSIOR SEGUROS**  
02 ABR. 2019  
**SEGURO DPVAT**

TOTAL DA FATURA:

260,97

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIOR	TIPO DA FURÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
72238		14-02-2019	70.485,00	18-03-2019	70.746,00	33	1.0000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MES	ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	Geração de Energia	R\$	%
FEV19	2019	ICMS	211,45	22,00	Transmissão	R\$ 8,79	4,55%
MAR19	2019	FIE	211,45	1,01	Distribuição (Codel) R\$ 45,36	31,40%	
ABR19	2019	COFINS	211,45	0,99	Péndas de Energia	R\$ 14,28	8,75%
MAY19	2019				Energias Básicas	R\$ 11,69	5,32%
JUN19	2019				Impostos	R\$ 24,00	30,50%
JUL19	2019				Total	R\$ 211,45	100%

CONSULTA ATIVO(kWh) TARIFAS APLICADAS: 0,3215000

AD10FFEB 0245 2478 4C8A D884 822B 8A52

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Peço que informe se posso usar os serviços oferecidos e prazos para realização de cobranças e pagamentos. Informações sobre o uso da energia elétrica em casa e no trabalho, bem como sobre a legislação que protege o consumidor. Caso o fornecimento de energia seja interrompido por falta de pagamento, pode-se recorrer a medidas de cobrança, como a suspensão do fornecimento por falta de pagamento, podendo ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios estabelecidos no Art. 89 da Lei 4.345/64. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como execuções judiciais de restituição de débitos.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 400/01), termos, prazos, procedimentos e tratados se encontram disponíveis na internet, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

EM ATÉ 15 DIAS, DEBTOS EXISTENTES CAUSAM ÁCUCHE.

Venda	DI recaud.	Valor	Venda	DI recaud.	Venda
21.623,9	1023319	369,68			

Este consumo não é sujeito a descontos anteriores a não constar na fatura em discussão. Caso a suspenção do fornecimento permaneça por mais de 10 dias, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios estabelecidos no Art. 89 da Lei 4.345/64. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como execuções judiciais de restituição de débitos.

TENSÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			MÍNIMO DE TENSÃO		
AFOGADOS DA INGAZERA	VALOR MÍNIMO	LIMITE MÍNIMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)
DC	1,82	0,22	12,05	24,12	220
FG	1,00	3,38	8,72	12,46	380
FGAC	0,96	2,54	0,00	0,00	350
LIMITE DCR: 12,22	ELMO - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 77,79				399

NOTA CONTRATO N° 7008375172 NOMEADO 03/2019 DATA DE VENCIMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 260,97  
3830000002-0 60970011007-2 00837517210-1 13875785173-1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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  
Ouvintoria: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 INGAZÉIRA	Estado: PE	CEP: 56.800.000
E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM			Tel.(87): 9912-9089-98865-4729

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

Assinatura do Declarante

*Helenita Siqueira Liberal Silva*

EXCELSIOR SEGUROS  
02 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Serviço Notarial

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

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Severino Silva de Souza

Robson Pereira de Araujo Souza

PE

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

PE

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 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.EII02201901.02587 Consulte autenticidade em

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

Leandro Vals



Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBSON PEREIRA D ARAUJO SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.RS 3,5, 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

Leandro Vals



ENF LEITO

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

## FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 90-683

Data 09/12/18

Hora 19:20

PACIENTE	Nome: Carlos Gabriel de Araujo Soárez			Categoria: 605 00
	Sexo: M	Idade: 22/10/413	Cor: P	Estado Civil: Casado
RESPONSÁVEL	Naturalidade: Aragado			Profissão: Mecânico
	Endereço: Rua M <sup>a</sup> Bento da Silva N° 69 Katuina Galvão			
Pessoa de Quem Depende: Gilvanide dos Santos Parentesco: Mãe				
Endereço: Ihering				
Arranado por Ordem de _____				
Ass. Médico - CRM				

Clínico       Cirúrgico      \_\_\_\_\_ Hora do Atendimento Médico

Pressão Arterial \_\_\_\_\_ MX \_\_\_\_\_ MN.      Pulso \_\_\_\_\_ BPM

Temperatura \_\_\_\_\_ °C      Peso \_\_\_\_\_

Queixa Principal: Frio exposto de metálico na

## História da Doença Atual

Audição motociclistas  
fornece protetor cônico metálico.  
+ levo TFLH + ABP.

Dr. Thiago WESQUELIO  
Odontopediatra  
CRM - PE 26.000.000.000  
TESTE

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 \_\_\_\_\_

Motivo:

Hora \_\_\_\_\_

Decisão Médica

+ 48 Horas \_\_\_\_\_

Alta Pedida

- 48 Horas \_\_\_\_\_

Transferência

Indisciplina

Diagnóstico definido

*Festivo do 1º MTT - E.*

Tratamento

*Extensões com fio de Lischner.*

Diagnóstico anátomo-Paratológico

EXCELENTES SECUNDOROS

Data 10/12/18

Dr. Francisco E. Melo Jr.  
CRM PE 15.926

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

SUS	Unidade: H.REC / H.SRI/SUS 898 004028144959					Data: 09.12.18
PACIENTE	Nome: Carlos Gabriel de Araújo Souza					Nº da Ocorrência (102)
	Residência: Rua maria bento da silva N° 62 - Fátima - Bahia					Telefone
RESPONSÁVEL	Nome: Silvanaide dos santos souza (mãe)					Telefone: 99687929
					Residência	
CONDIÇÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
<input checked="" type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. Menor	22 09 2013	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO		ÓRGÃO EMISSOR
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO		
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA CHEGADA	CHEGADA 17:40 SAÍDA	— H — MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares		
MÁX.:	MIN.:		AXILIAR.: RENAL			
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas						
<p style="text-align: right;">VEH</p> <p>Tratamento</p> <p>DNT Dinengib</p> <p>Confere com a original</p> <p>11.000,00 - INVESTIGACAO 11.000,00 - EXAMES 11.000,00 - CONSULTA 11.000,00 - CONSULTA</p>						
Destino Dado ao Paciente				Impressão Diagnóstica		
<input type="checkbox"/> Residência		<input type="checkbox"/> Internado		<div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">           02 ABR. 2019  <b>SEGURADO DPVAT</b>  <b>EXCELSIOR SEGUROS</b> </div>		
Encaminhado						
Removido						
Óbito às _____ H _____ Min. do				Licença Concedida _____ Dias		
Dia _____						
Encaminhado ao IML ( )				<p style="text-align: right;">VEH</p> <p>Assinatura - Carimbo - CRM / CRO</p> <p>Lecofifica (87) 9917-1862/9635-7820</p>		

#### FIGMA DE OBSERVACAO MEDICA

## Data:

**Hora:**

**Paciente:**

**Idade:**

## Resumo médico

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

**Exames Solicitados:**

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

9.11.18 - Realizado orientações aos familiars e comunica-  
to a PM local.

PatientID: 20181209102  
Name: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

Sex: Masculino  
BirthDate: 22.04.2013  
Age: 5a.

AP E

OBLE

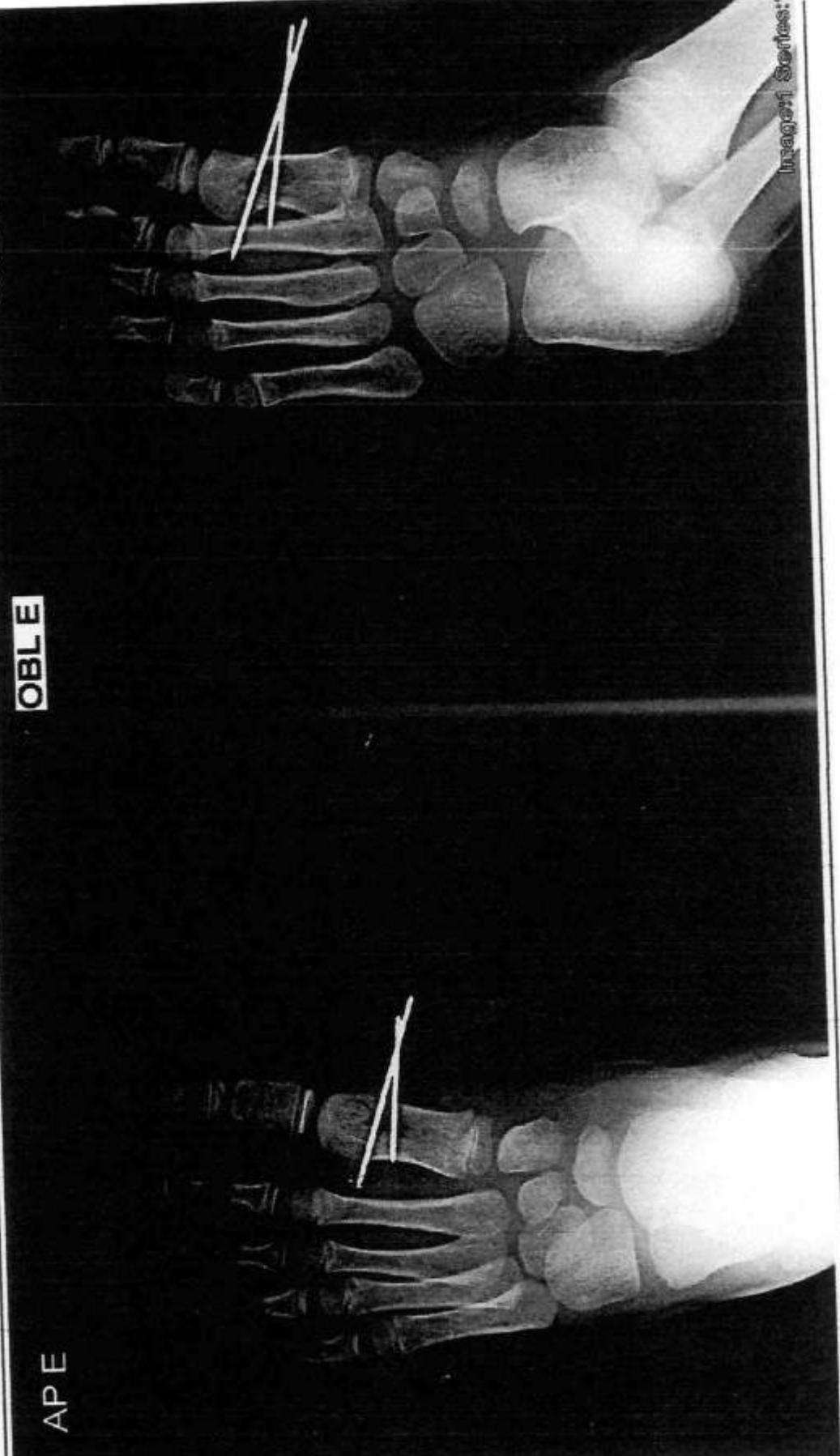
Data do estudo: 09.12.2018



PatientID: 20181209102  
Name: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

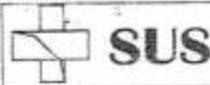
Sex: Masculino  
BirthDate: 22.04.2013  
Age: 5a.

Data do estudo: 09.12.2018



AP E

OBL E



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério Secretaria  
da Saúde de  
Saúde



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. R. E. L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. E. L.

4 - CNFS

**Identificação do Paciente**

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

9 - NOME DO PACIENTE

Carles Gabriel de A. Souza

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

30,633

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Silvana de dos Santos Souza

10 - DATA DE NASCIMENTO

22/09/13

11 - SEXO

Masc

1 Fem.

3

13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO

300

Nº DO TELEFONE

14 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 12º Bréto da Silveira 62-B Fátima

15 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

Salvador

16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Último de acidente motociclistico  
sofreu traumatismo corporal multílio  
+ lesão tecidual TPLH

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICADAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

as acus

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINCIPAL

Fractura exposta da metatarso

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura curva do fráctuo metatarso

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080304612

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

9/12/18

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

119.333.000-3010-92  
HOSPITAL DO INVESTIMENTO  
MATERIAL DE ATENDIMENTO CLÍNICO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

( ) CNS ( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

UNIDADE

## **Laudo de Cirurgia**

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico  
Tratamento de fratura exposta Imit + Liso TFLH e SB

Descrição do ato Operatório ( Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)										
Data			Início		Término		Duração	Gazes	Compr.	Drenos

- ① Points in direction closest to author
  - ② Stamps & autographs
  - ③ Cursive script
  - ④ Orkney slate id of rock
  - ⑤ Lariper meconia cinnabar Cl 3C stage
  - ⑥ Tenuispace TFLP & DBP
  - ⑦ Sulfur
  - ⑧ Analc.



EXCELSIOR SEGUROS  
02 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

**1º Auxiliar**                    **2.º Auxiliar**                    **Cirurgião**

Carlos Gabriel de Araujo Souza

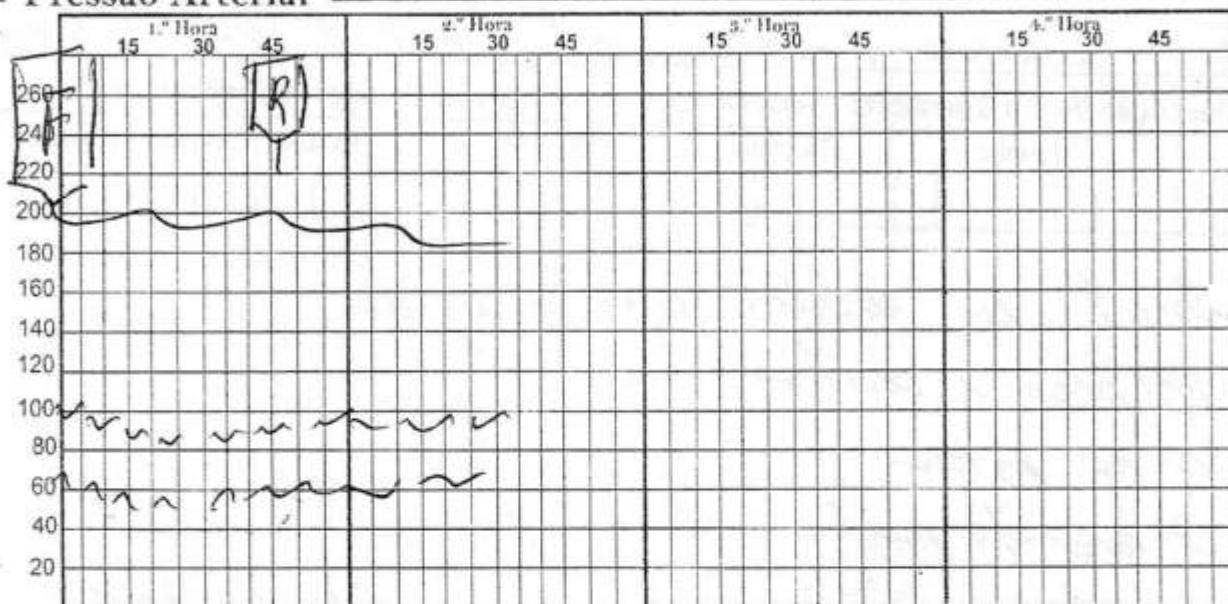
## Laudo de Cirurgia

padre Osano

$$AsA = I$$

Data	Início	Término	Duração
0   9   1   2   1   8	2   0   4   0	2   2   0   0	0   1   2   0

## Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Rapido - L3-4 Bordet auferisco prueba e/ Ag. 25 Lcr claro	Neocaina - 5%	10mg

Hora \_\_\_\_\_ Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações \_\_\_\_\_

cefalofene - 50mg

{ Domperid - 5mg  
Pufant - 25mcg  
Kefarame - 12,5ml  
afrofeno - 0,5mg

*...mar Gomes dos Anjos  
-07.764-91*



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO PERNAMBUCO  
Selo de Autenticidade  
e Fiscalização

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS  
PESSOAS NATURAIS - TABIRA  
E TUTELADA - PE  
Código: 29AD67D8-BE2Z-434B-A3D7-3135E4D164BD  
Assinatura:

TITULAR  
Natalina Soares do Nascimento  
Substituta

## REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

### CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

MATRÍCULA:

0774530155 2013 1 00023 243 0025600 06

#### DATA DE NASCIMENTO POR EXTEMPO

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	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Tabira - PE	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

#### GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

#### DATA DO REGISTRO POR EXTEMPO

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.: 56.780-000 - 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-BE2Z-434B-A3D7-3135E4D164BD Data do Registro: 08/05/2013 15:21:57

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO-DPVAT