



Número: **0035741-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
C. G. D. A. S. (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55334486	11/12/2019 09:33	2623352_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00357410620198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Cabe mencionar que houve pagamento administrativo à parte autora no valor de R\$675,00, sendo apurada lesão no pé esquerdo em grau residual (10%):



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

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:28
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332872000000054439212>
Número do documento: 19121109332872000000054439212

Num. 55334486 - Pág. 2

Ocorre que após a realização de exame pericial médico, foi apurada lesão em pé esquerdo em grau médio (50%), todavia, resta o questionamento de como a lesão pode ter sido agravada após o decurso do tempo.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 10 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0035741-06.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
C. G. D. A. S. (AUTOR)		Roselane Maria Barbosa da Silva (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55334488	11/12/2019 09:33	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

NOME
 ROSSON PEREIRA DE ARAUJO SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 9153242 HD5 PE

CPF
 095.595.464-90

DATA NASCIMENTO
 27/03/1991

FUNÇÃO
 EUVALDO PEREIRA DE SOUZA
 ELINICE PEREIRA DE ARAUJO

FUNÇÃO
 ADIC. COT. 195

INSCRIÇÃO
 05146383781

VALIDADE
 17/08/2020

VALIDADE
 12/02/2011

CONDIÇÕES
 Exerce Atividade Remunerada

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
 Roberto de Almeida Souza

LOCAL
 AFOGADOS DA INHAETEA - PE

DATA EMISSÃO
 20/08/2015

ASSINATURA DO TITULAR
 42035647618
 PE068200803

DETALHES DO TITULAR
 DETALHES DO TITULAR

EXCELSIOR SEGUROS
 02 ABR. 2019
 SEGURO DPVAT





EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

SAÚDE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PROFISSIONAL INSCRIÇÃO	2.761.780
DATA DE EXPIRAÇÃO	26/04/2017
TÍTULO << HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA >>	
RELAÇÃO << ANTONIO DE PALLA LIBERAL >> << HELENA SIQUEIRA LIBERAL >>	
LOCALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE	16/09/1965
DOC. ORDEM << CC. 1.362 L.B-2 F.108 CART. 1º AFOGADOS DA INGAZEIRA-PE 06.10.1993 >>	
CNPJ	
589.391.134-20	
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR	
L21 Nº 7 118 DE 29/08/93	
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 **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
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 - LUCILJO 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

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. 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,

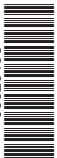
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14153098

Pag. 00929/00930 - carta_01 - INVALIDEZ

00020465





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, 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.

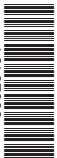
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00861/00862 - carta_15R - INVALIDEZ

00020431



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:
Recuso	Antonio Soares Souza	21
Complemento:	Cidade:	CEP:
	Taubaté	56780-000
Estado:	CEP:	56780-000
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).

RENTA 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) ☐ Itaú (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)

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 Taubaté

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF: 095.595.464-90

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2º Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da 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 conteúdo, antes de preencher e assinar o mesmo. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018

02 ABR 2019 SEGURO DPVAT

11SC-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: 1ª. 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:
8155242/SDS/PE (RG), 00550546490 (CPF), 00140383701 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 4ª. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 37306217593**

**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/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

de Nascimento: 29/5/1964 Naturalidade: SANTA TEREZINHA / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 11638493447 (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 (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: KH98145 (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: 829661204 Chassi: 9C2HC68264R821689

Combustível: GASOLINA

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

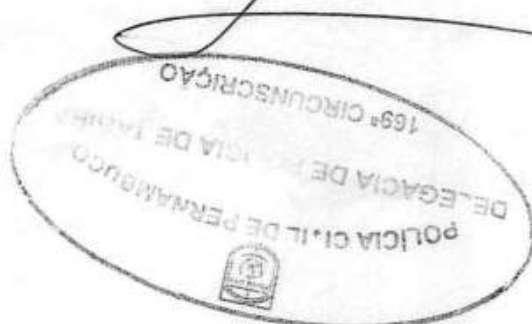
Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR. ROBSON PEREIRA DE ARAUJO,
PARA COMUNICAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL JÁ CIDADOS, QUANDO VINHA COM
SEU FILHO CARLOS GABRIEL NA GARUPA, DO SÍTIO FAZENDA NOVA SENTIDO
CIDADE DE TABIRA-PE, NA MOTOCICLETA JÁ 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 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: 3216632



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:
Recuso	Antonio Soares Souza	21
Complemento:	Cidade:	CEP:
	Taubaté	56780-000
Estado:	CEP:	
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:			
<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"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO:	
AGÊNCIA: 2699 9	CONTA: 17605 2
(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:
		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 Taubaté

Nome: Carlos Gabriel de Araujo Souza

CPF: 095.595.464-90

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

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

FP5.001 V001/2018

02 ABR 2019

SEGURO DPVAT

ENF LEITO

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

Registro Nº 90.683
 Data 09/12/18
 Hora 19.20

PACIENTE
 Nome: Carlos Gabriel de Araujo Sousa Categoria: SVS O10
 Sexo: M Idade: 22/04/13 Cor: P Estado Civil: solteiro
 Naturalidade: Araguari Profissão: meio
 Endereço: Rua M^o Bento da Silva Nº 69 Fátima Galvão

RESPONSÁVEL
 Pessoa de Quem Depende: Silvaneide 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 Prisão exp^{ta} de metabolismo m^o

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual

Síndrome metabólica
forneu prisão exp^{ta} metabólica
+ uso TFLH + ABP.

12.303.00000000-27
 INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO
 E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO
 DE PERNAMBUCO

Dr. Thiago
 Otorrinolaringologista
 CRM - PE 26355

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausulta: _____

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 _____

EXCELSIOR 2019

Data 10, 12, 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.154 SBOT 11.023
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





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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 INGAZEIRA / PE 28 / 03 / 2019.

Helénita Siqueira Liberal Silva
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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 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.R\$ 3,51, TSNR R\$ 0,80, FERC R\$ 0,40 Selo:

0150599.EII02201901.02587 Consulte autenticidade em
28/03/2019 09:32 - LUCILIO VALERIO SILVINO
DOS SANTOS - Substituto



PE

CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praca 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.GKL02201901.02586 Consulte autenticidade
em 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO
DOS SANTOS - Substituto



ENF LEITO

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: Paulo Gabriel de Araujo Souza Categoria: EU5 O10
Sexo: M Idade: 22/04/93 Cor: P Estado Civil: solteiro
Naturalidade: Araguari Profissão: meio
Endereço: Rua Mãe Bento da Silva Nº 69 Fatima Gabina

RESPONSÁVEL
Pessoa de Quem Depende: Silvaneide dos Santos Souza Parentesco: Mãe
Endereço: Idem
Assinado por Ordem de _____
Ass. Médico - CRM

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico
Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ BPM
Temperatura _____ °C Peso _____
Queixa Principal Prático exposto de metabólitos m^{te}

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual

Acidose metabólica
forreu prático exposto metabólico.
+ leuco TFLH + ABP.

79.893.828/0001-27
HISTÓRIA DO PACIENTE
EXAMENADO EM 09/12/2018
Pelo Dr. Thiago Avelino Leite

Dr. Thiago Avelino Leite
Otorrinolaringologista
CRM - PE 28.456/0001-05
TESTE

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 Fratura do 1º MTT - E.


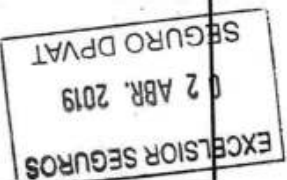
Tratamento Osteossíntese com fio de Kirschner.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

EXCELSOR SINGLOS
Data 10, 12, 18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15.946 SSOT 11.923
Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



SUS		Unidade: H.REC/H.ERISUS 898004028144959		Data: 09.12.18	
PACIENTE	Nome: Carlos Gabriel de Souza Souza			Nº da ocorrência: 102	
	Residência: Rua Maria Bento da Silva Nº 62 - Fátima - Valparaíso			Telefone:	
RESPONSÁVEL	Nome: Silvanaide dos Santos Souza Costa			Telefone: 99087929	
	Residência:				
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		menor	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	22/07/2013	<input checked="" type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF
DOCUMENTO DE IDENTIDADE					
NÚMERO		ÓRGÃO EMISSOR			
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA		PACIENTE / HORA	
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		SAÍDA		CHEGADA 17:40	
		CHEGADA		SAÍDA	
ATENDIMENTO		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL			
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: MIN.:			AXILAR.: RENAL		
Exames Complementares					
VEH					
Tratamento					
SNT Cirurgião					
Confere com a Original					
					
Destino Dado ao Paciente			Impressão Diagnóstica		
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado Encaminhado Removido					
Óbito às _____ H. _____ Min. do			Licença Concedida _____ Dias		
Dia _____			Assinatura - Carimbo - CRM / CRO		
Encaminhado ao IML ()			VEH		

Lagrafica (87) 9917-1862/9635-7820



FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs.:

q.m. 18- realizado orientações aos familiares e comunicado a PM local.

Elida D. Pereira
Assistente Social
CRESS/PE 7092



PatientID: 20181209102
Name: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

Sex: Masculino
BirthDate: 22.04.2013
Age: 5a.

AP E

OBL E

Data do estudo: 09.12.2018

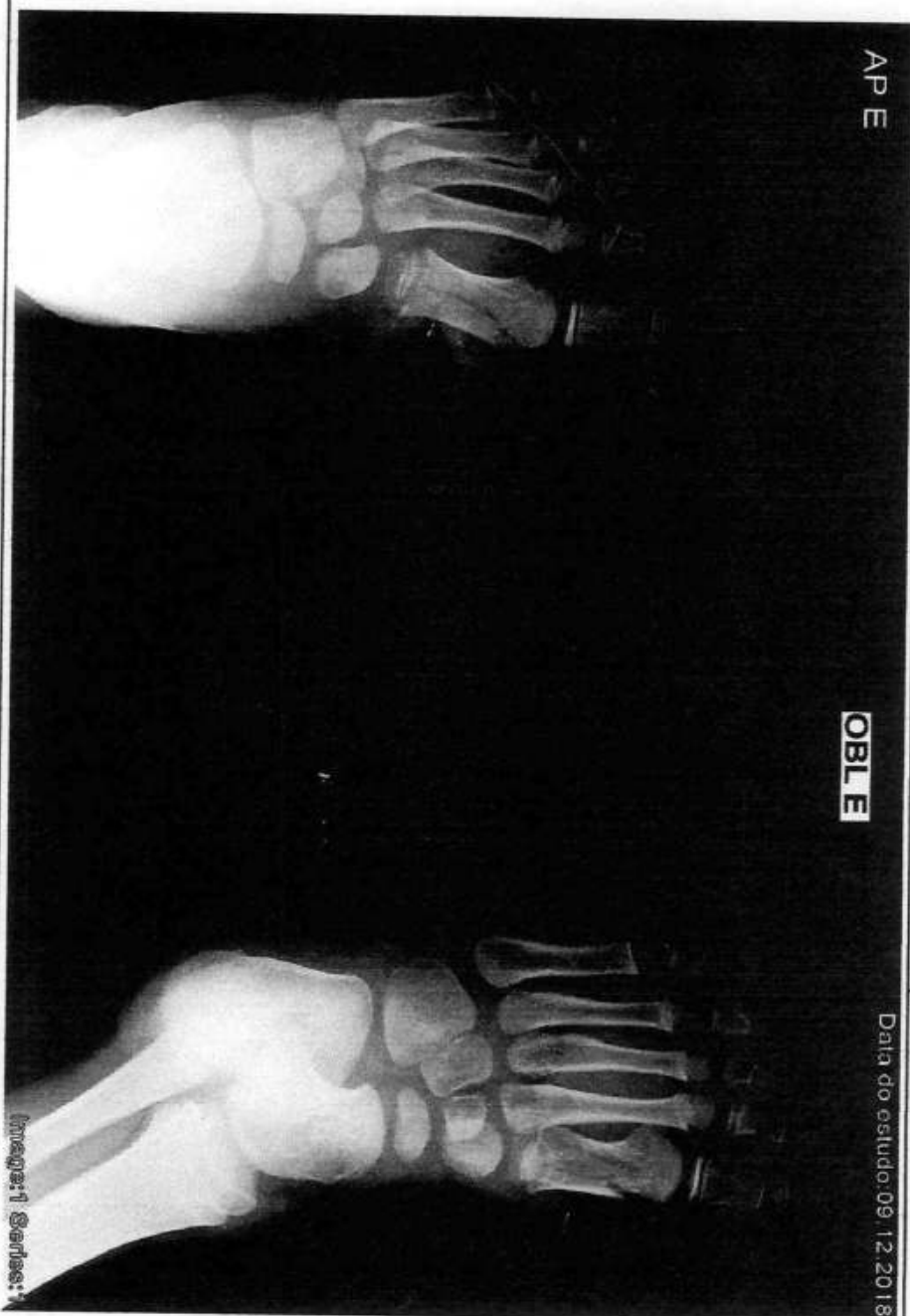


Image1 Series:1



PatientID: 20181209102
Name: CARLOS GABRIEL DE ARAUJO

Sex: Masculino
BirthDate: 22.04.2013
Age: 5a.

Data do estudo: 09.12.2018

OBL E

APE



**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde
Secretaria
de Saúde de
Pernambuco**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 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

30.683

9 - NOME DO PACIENTE

Carlos Gabriel de A. Araújo Sáez

10 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/13

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Silvaneide dos Santos Souza

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua H-8 Beato da Silva, 62-B Fátima

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Galvina

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Vitório de audição metacêntrico
forreu prático apóst metakun
+ Lerco Tenclonon TFLN

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

as acuo

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rx exposto de metakun

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico prático metakun

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030462

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

9/12/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO36 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAÍDO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO**AUTORIZAÇÃO**

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

☐ CNS ☐ CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



LA 001/2018 (07) 5635 7320



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Tratamento cirúrgico de fratura exposta TMCIT + Leno TFLH e SBH

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

① Ponte em decubito dorsal dos anestes

② Assupno e antiespasm

③ campo esteril

④ Ortoeste mata c/ 02 fix K

⑤ Lavagem mecânica com água C/ 3L SPOC

⑥ Tenorrepis TFLH e ABH

⑦ Suturas

⑧ Curativo

19121109332892000000054439214
HISTÓRIA DE DOENÇAS
EXATAMENTE COMPLETA
L. 19121109332892000000054439214

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Leclética (87) 9917-1062 / 9635-7820

Carlos Gabriel de Araujo Souza

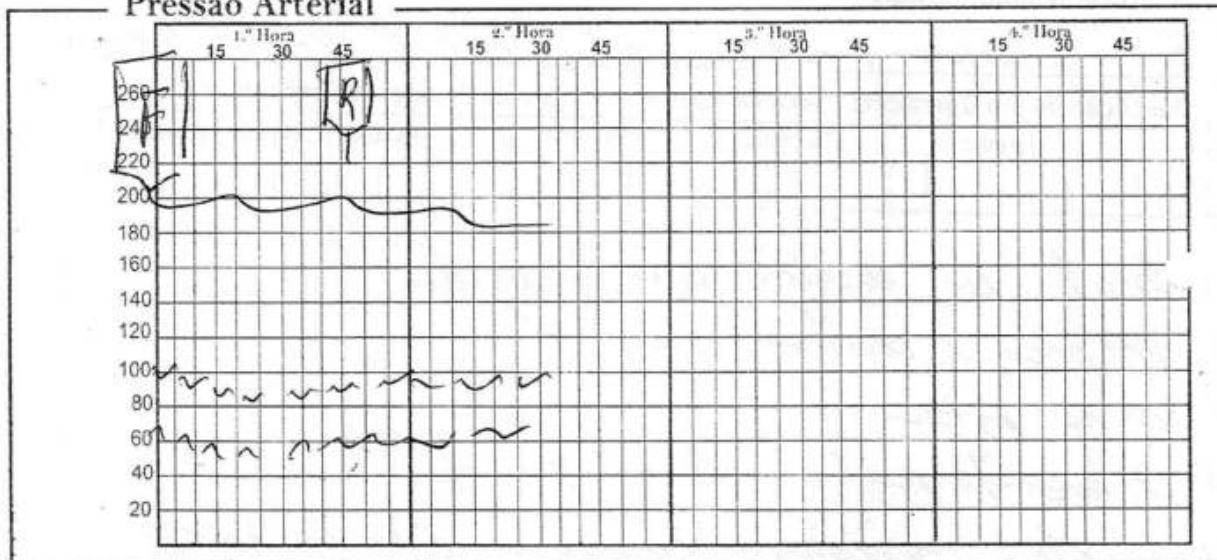
Laudo de Cirurgia

Idade 05 anos

ASA = I

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

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Raqu. L3-L4 Botasaur, fencu pruvax e Ag. 25 Lck claro	Neocama - 5%	10mg

Hora	Medicamentos Utilizados na Sala e Outras Observações
	cefalotru - 500mg
	Dansond - 5mg
	Flutaut - 25mg
	Kefauum - 12,5mg
	atropino - 0,5mg

mar Gomes dos Anjos
764-971

Resposta

huc





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Selo de Autenticidade
e Fiscalização

CONSELHO DO REGISTRO CIVIL DAS
PESSOAS NATURAIS DE PERNAMBUCO
E UNIDADE DA JUSTIÇA DE TABIRA - PE
Nº 54043
Cartório de Registro Civil de Tabira - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Titular
Nesteima Soares do 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

Hospital Dr. Luiz José masculino
da Silva Neto

SEXO

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-434E-A3D7-3135E4D164BD Data do Registro: 08/05/2013 15:21:57

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

