



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
55334 486	11/12/2019 09:33	2623352_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9^a 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%):

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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933287200000054439212>
Número do documento: 1912110933287200000054439212

Num. 55334486 - Pág. 1

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

Valorização 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:
sequelas:

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:

675,00

VALOR TOTAL:

*****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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933287200000054439212>
Número do documento: 1912110933287200000054439212

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

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.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933287200000054439212>
Número do documento: 1912110933287200000054439212

Num. 55334486 - Pág. 3



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
55334 488	11/12/2019 09:33	ANEXO 1	Outros (Documento)

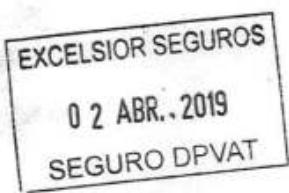


EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARÁ

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOALS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS DESLOCANDO-SE NO MUNICÍPIO DE SANTOS - SEGURO DPVAT

PE Nº 014485751550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014485751550

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VN 1 02061203 * 00044444 2019

DETRAN
CÓD. DE INSCRIÇÃO
PLACA
DATA

SEVERINO SILVA DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VENSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraslider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PE Nº 014485751550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEVERINO SILVA DE SOUZA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

TABIRA - PE	CPV / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
325 - 064-344-82		KH38145	2019	21/01/19
HONDA / HONDA	CÓDIGO			
0423 / MOTOCICLETA	32RC08209021680			
MARCA / MODELO	CATEGORIA	CONCESSIONÁRIO		
HONDA / CG 150 TITAN ESD	2004	2004		
CPV / PORT. CH	PARTIC	VERMELHA		
2P / 149CL	GOTA D'ÁGUA	VENC. COTA D'ÁGUA		
I - TIPVA 2019	QUITADO	1º VENC. COTA D'ÁGUA		
P - ISENTO	VALOR TOTAL (R\$)	2º VENC. COTA D'ÁGUA		
V - FAZENDA	30	30		
A - 1	PERÍODO DA COBERTURA	DATA DE PAGAMENTO		
04.2.26	0.32	04.3.8	21/01/19	
OBSTACULOS				
SEM RESERVA				

PRÉMIO TARIFFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FINS (R\$)	DEFINTIVAS (R\$)	INIC. (R\$)	TIPO DE PRECO (SEGURO) (R\$)
04.2.6	0.32	0.32	0.32
PAGAMENTO			DATA DE OUTUBRO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA			
<input type="checkbox"/> PARCELADO			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CPV 06.550.000001-04

MARCA

Monte Líder

DATA

21/01/19

</



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>
Número do documento: 1912110933289200000054439214

Num. 55334488 - Pág. 3

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
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 / crédito 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*

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.RS 3,51, TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:
0150599.PQX0220190102581 Consulte autenticidade
em . 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO
DOS SANTOS - Substituto

Leandro Sales

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 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 6



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14153098



Pag 00929/00930 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>
Número do documento: 1912110933289200000054439214

Núm. 55334188 - Pág. 7



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%

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.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>
Número do documento: 1912110933289200000054439214

Núm. 55334188 - Pág. 8



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:	
	095.595.164-90	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: 095.595.164-90	
Profissão: RECLUSO	Endereço: Antônio Souza 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2699	CONTA: 17605
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, 28.03.2019 Tabira Nome: Carlos gabriel de Araujo Souza CPF: 095.595.164-90	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura 2º Nome: _____ CPF: _____
{*) Assinatura de quem assina A ROGO	

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rebeca Pereira de Araujo Siqueira Líder	Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)	

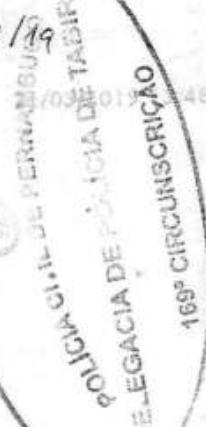
(*). A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SÓU RODO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléndia do íntero teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

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

FPS.001 V001/2018

Assinatura
EXCELSIOR SEGUROS
02-ABR-2019
SEGURO DPVAT

ASG-DJ13314/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 169ª CIRCUNSCRICAO - TABIRA
DP169ºCIRC DINTER2/20ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0259000311

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) autor
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 Par: 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: ELEMICE PEREIRA DE SOUZA Par: EDVALDO PEREIRA DE SOUZA Data de
Nascimento: 27/3/1993 Naturalidade: RASA / SAO PAULO / BRASIL Documentos:
8186242/SDS/PE (RG), 66560546450 (CPF), 66140383781 (CNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: VENDEDOR(A) Telefones Celulares:
- 87996217693

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 Par: SEVERINO SILVA DE SOUZA Data



:tim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

de Nascimento: 29/6/1994 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/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA • Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KHS8145 (PERNAMBUCO/TABIRA) Renavam: 820001204 Chassi: 9G2K068264R021686
Combustível: GASOLINA
Descrição: A CITADA MOTOCICLETA ESTÁ EM NOME DE SEVERINO SILVA DE SOUZA

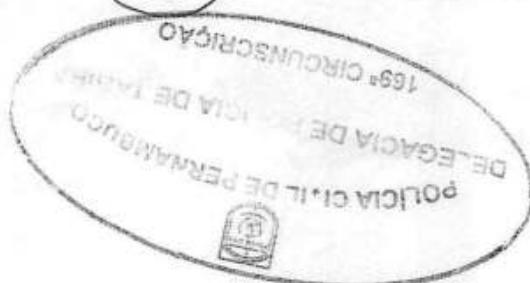
Complemento / Observação

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 VEICULO 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 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: 3310038



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>
Número do documento: 1912110933289200000054439214

Num. 55334488 - Pág. 11

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
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:	
	095.595.164-90	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: 095.595.164-90	
Profissão: RECLUSO	Endereço: Antônio Souza 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2699	CONTA: 17605
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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 Tabira Nome: Carlos gabriel de Araujo Souza CPF: 095.595.164-90	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura 2º Nome: _____ CPF: _____
--	---

{*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS

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 SÓU RODO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléndia do íntero 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

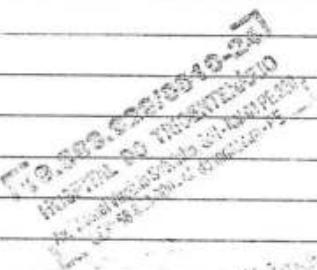
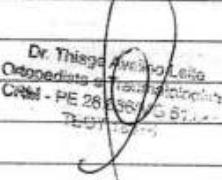
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro N° 90683

Data 09/12/18

Hora 19.20

PACIENTE	Nome: <u>Carlos Gabriel de Araujo Soárez</u>		Categoria: <u>SVS 010</u>			
	Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>22/10/43</u>	Cor: <u>P</u>			
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Afonso das</u>					
	Profissão: <u>vendedor</u>					
ATENÇÃO MÉDICA	Endereço: <u>Rua 11ª Bento da Silva Nº 62 Fatima Galera</u>					
	Pessoa de Quem Depende: <u>Gilvanide dos Santos</u> Parentesco: <u>Mãe</u>					
Endereço: <u>Idem</u>						
Assinado por Ordem de _____						
Ass. Médico - CRM						
<input type="checkbox"/> Clínico		<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico			
Pressão Arterial _____ MX _____ MN.		Pulso _____ BPM				
Temperatura _____ °C		Peso _____				
Queixa Principal <u>Fadiga exposta de metatarsos n.º ②</u>						
História da Doença Atual						
<u>Saudade motociclistico</u> <u>forniu práticos exposit metatarsos.</u> <u>+ lesão TFLH + ABP.</u>						
 						
<table border="1"> <tr> <td>EXCELSIOR SEGUROS</td> </tr> <tr> <td>02 ABR. 2019</td> </tr> <tr> <td>SEGURO DPVAT</td> </tr> </table>				EXCELSIOR SEGUROS	02 ABR. 2019	SEGURO DPVAT
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 _____

+ 48 Horas _____ Alta Pedida _____

- 48 Horas _____ Transferência _____

Decisão Médica _____

Indisciplina _____

Diagnóstico definido Festivo do 1º MTT - E.

Tratamento Electromiog. no foro de Lischka.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

EXCELSIOR SEGURANÇA

Data 10/12/18

Dr. Francisco E. Melo Jr.
CRM PE 15.946 Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma
SP07 11.923



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 16



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HENRIQUE DIAS 288

CNPJ: 70.221.485/0001-79

CEMTECH International

CLASSIFICAÇÃO

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

N° DA NOTA FISCAL: 054517295 SERIE: ÚNICA EMISSÃO: 18/03/2019
 APRESENTAÇÃO: 18/03/2019 N° DO CLIENTE: 2011844471 N° DA INSTALAÇÃO: 9250
 DATA DE VENCIMENTO: 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 260,97
 DATA PRÓXIMA FOLHOS ALIMENTARIA: 15/04/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Advo(kWh)	381,000000	0,75250324	211,46
Contrib. Ium. Pública Municipal			35,80
ICMS Subvenção-CDE-NF 048922983-15/01/18			3,19
Multa por atraso-NF 048922983-15/01/18			7,47
Juros por atraso-NF 048922983-15/01/18			0,23
Atualização IPM-NF 048922983-15/01/18			0,00

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

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DETALHAMENTO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
		ANTERIOR	ATUAL	Nº DE LEITURA	Nº DE LEITURA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (W)	
73238	CAT	14-02-2018	70.005,00	18-03-2018	70.746,00	32	1,0000	381,00	

AC10 FFFF 0245 3232 1231 55

第5章 相关性与回归分析

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Para garantir o seu conforto e segurança, é importante que você siga as orientações de segurança e higiene fornecidas no site da CVC. As regras de segurança e higiene são essenciais para garantir a saúde e a segurança de todos os passageiros e funcionários. Por favor, leia atentamente as informações e siga as orientações fornecidas.

ATENÇÃO! SEU PONTO DE VENDA

ENCADIA CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO					
INCLUI OS SALDOS DEBTOS PENDENTES CALCULADOS ATÉ					
Vendido	Debito/Hora	Valor	Velada	Obra/creado	Valor
21/02/2013	10803193	300,00			

Este comunicado NÃO substitui eventuais outras anteriormente emitidas (em discussão devidamente). Caso o suscrito não dobre o horizonte previsto pelo ciclo de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança condicional ou critérios adicionais. Art. 10, § 1º, alínea "a". Pode ser solicitado o seu cancelamento.

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				MÉDIA DE TENSÃO		
AFOCORREDOR E ALTA VOLTA	VALOR MÉDIO	LIMITE MÉDICO	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
SE	1,85	0,03	12,05	24,12	220	-102 +231
SO	1,00	3,38	8,72	12,46	380	-350 +390
SA	0,00	3,54	0,00	0,00		
LIMITE DCR	12,23	EL20 - Viz. no Resumo				

PNTA CONTRATO 700353172 MÊS ANO 03/2019 DATA PAGAMENTO 25/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>

Num. 55334488 - Pág. 17



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

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

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

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

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 IGAZEIRA	Estado: PE CEP: 56.800.000
E-mail: AFOFARDAS.HELENITA@HOTMAIL.COM		Tel.(87): 9912-9089-98865-4729

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

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
02 ABR. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912110933289200000054439214>
Número do documento: 1912110933289200000054439214

Num. 55334488 - Pág. 18



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

Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

Robson Pereira de Araujo Souza



CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praca Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeiro (PE).

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

Reconheço Por Autenticidade a firma de SEVERINO SILVA DE SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.RS 3,51,
TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:
0150599.EIH02201901.02587 Consulte autenticidade em
. 28/03/2019 09:32 - LUCILIO VALERIO SILVINO
DOS SANTOS - Substituto

Jeano Vals



CARTÓRIO UMBERTO GOMES

Praca Monsenhor Alfredo de Arruda Câmara, 187 - Centro
CEP: 56800-000 - Afogados da Ingazeiro (PE).

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

Reconheço Por Autenticidade a firma de ROBSON PEREIRA D
ARAUJO SOUZA e dou fé. Em testemunho da verdade. Emol.RS 3,51,
TSNR RS 0,80, FERC RS 0,40 Selo:
0150599.GKL02201901.02586 Consulte autenticidade
em . 28/03/2019 09:16 - LUCILIO VALERIO SILVINO
DOS SANTOS - Substituto

Jeano Vals



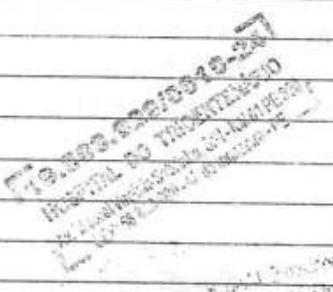
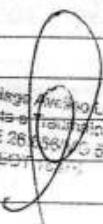
ENF LEITO

Registro N° 90.683
Data 09/12/18
Hora 19:20

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

PACIENTE	Nome: <u>Carlos Gabriel de Araujo Soárez</u> Categória: <u>60.5 O.O.</u> Sexo: <u>M</u> Idade: <u>22/10/43</u> Cor: <u>R</u> Estado Civil: <u>suelos</u> Naturalidade: <u>Afragador</u> Profissão: <u>suelos</u> Endereço: <u>Rua M^a Bento da Silva N^o 69 Fátima Galvão</u>		
	RESPONSÁVEL	Pessoa de Quem Depende: <u>Gilvanilde dos Santos</u> Parentesco: <u>Mãe</u> Endereço: <u>Tlur</u>	
Assinado por Ordem de _____ Ass. Médico - CRM			
ATENÇÃO MÉDICA	<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico		
	Pressão Arterial _____ MX _____ MN.	P脉搏 _____ BPM	Temperatura _____ °C Peso _____
Queixa Principal: <u>Fratura exposta de metatarso pi (E)</u>			
História da Doença Atual			
<u>Audiu motociclistico</u> <u>forniu práticos exames metatarsos.</u> <u>+ lesão TFLH + ABP.</u>			
		Dr. Thiago CORDEIRO DE MELLO CRM-PE 281388-0 	
		EXCELSIOR SEGUROS 02 ABR. 2019 SEGURO DPVAT	



EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Auscultação: _____

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

Estenose no forame Luschka.

Diagnóstico anátomo-Paratológico

EXCEPÇÃO DE AGUNHOS

Data 10/12/18

Dr. Franciso E. Melo Jr.
CRM PE 15.846 SGP 11.927

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





FUNDA DE OBSERVACAO MEDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Idade:

Resumo médico

Resumo médico

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Nº 3.580.022/00-16-261
INSTITUI DO INCENTIVO
à CULTURA DA ESTAÇAO SUL-RJ/01PE/23,
de 04 de Maio de 2001.

Exames Solicitados:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19. M. 18- Realizado orientações aos familiares e comunicação 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.

Data do estudo: 09.12.2018

AP E

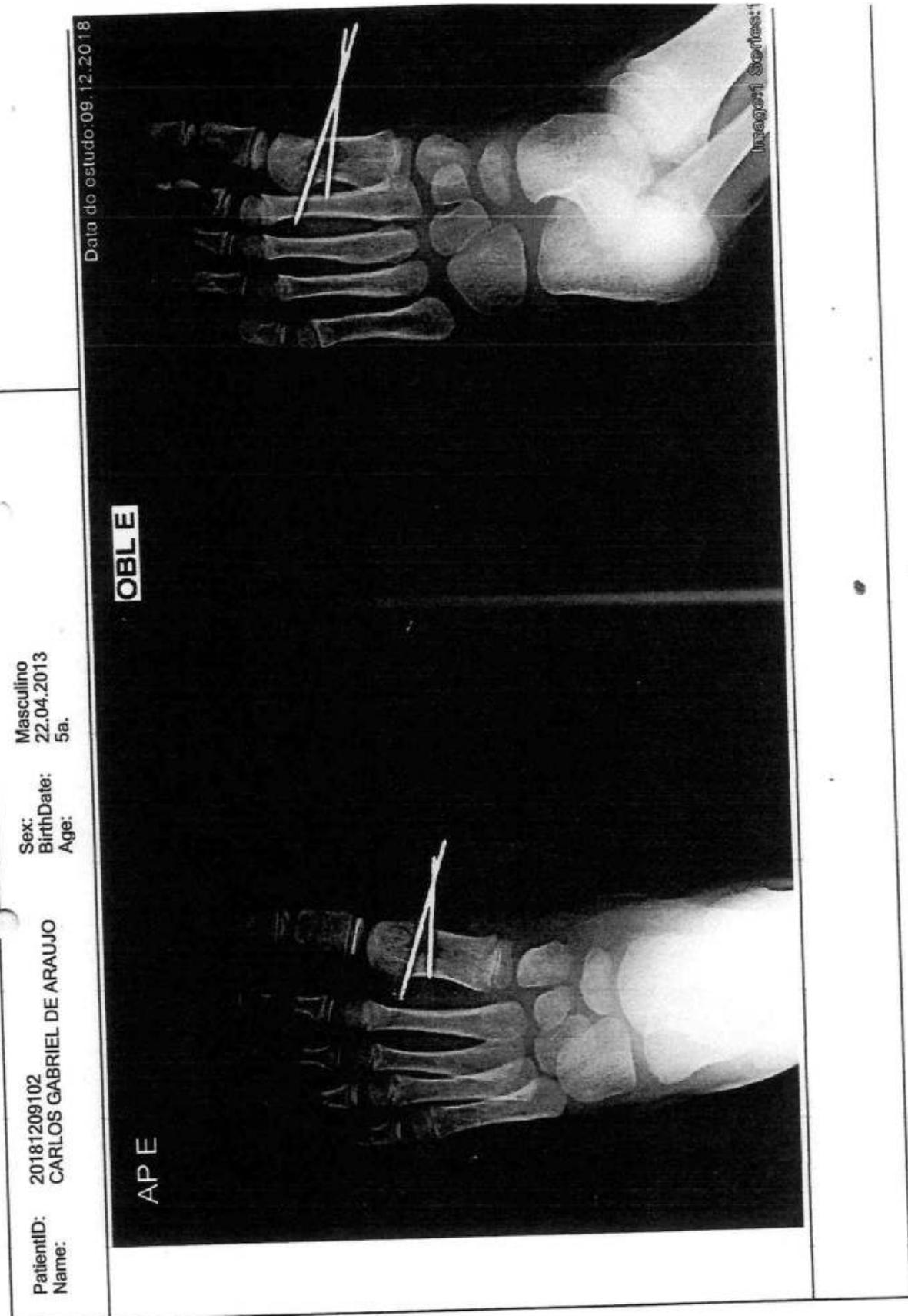
OBLE

Image: 1 Series:



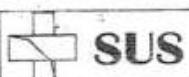
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2019 09:33:29
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121109332892000000054439214>
Número do documento: 19121109332892000000054439214

Num. 55334488 - Pág. 25



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

Secretaria
de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. P. E. L.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. P. E. L.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

30.683

9 - NOME DO PACIENTE

Carlos Gabriel de Araújo Souza

10 - DATA DE NASCIMENTO

22/04/13

11 - SEXO

Masc

Fem.

13 - N° DO TELEFONE DE CONTATO

000

N° DO TELEFONE

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Silvana de dos Santos Souza

14 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua 11 - Breuto da Silveira, 62-B Fátima

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fatima

16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Vítimo de acidente motociclistico
foi resgatado com ferimentos
+ lesão Tendinosa TPLH

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

as acim

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Ex exerto de metatarso

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Testar curva gravata metatarso

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

09080304612

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

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

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CROR

37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - N° DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

19.683.028/0019-38
HOSPITAL DO INCENTIVO
Av. Presidente Dutra, 4160 - Centro
Ceará - CEP: 60040-000
Fone: (85) 3222-0000

LAUDÁTICA (85) 3222-0000



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente	N.º do Registro	Data Admissão
------------------	-----------------	---------------

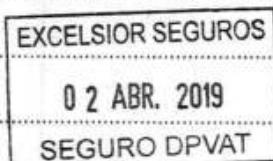
Nome do Procedimento Cirúrgico

Tratamento crônico exerto TMT + Liso TFL e SBN

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

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos
------	--------	---------	---------	-------	--------	--------

- ① Puncionar o óstium das artérias
- ② Suspensão da artéria
- ③ Câncer expõe.
- ④ Ossos na parte de trás
- ⑤ Ligar mecanicamente (13L SFQG)
- ⑥ Tenorino TFL e SBN
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curado



1º Auxiliar	2º Auxiliar	Cirurgião
-------------	-------------	-----------

Lacrativa (87) 9917-1062 / 9635-7820



Carlos Gabriel de Araujo Souza

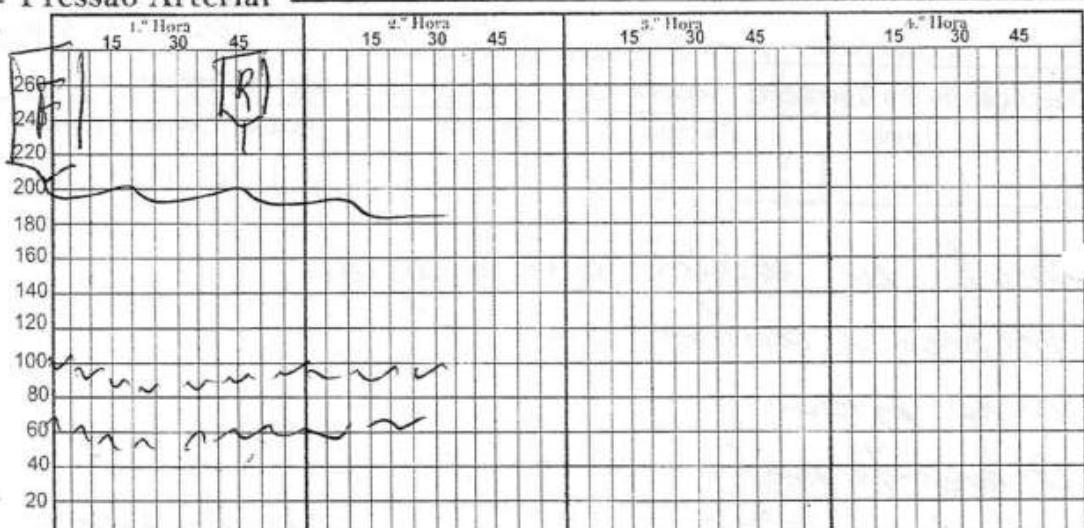
Laudo de Cirurgia

idade os auor

$$A_{SA} = I$$

Data	0 8 1 2 1 8	Inicio	2 0 4 0	Términio	2 2 0 0	Duração	0 1 2 0
-------------	-----------------------	---------------	---------------	-----------------	---------------	----------------	---------------

Pressão Arterial



Tipo de Anestesia	Agente	Volume
Ranu - L3-4 Bordas anestesico prucal e/ Ag. 25 Lcr dano	Neocaina - 5%	10mg

Amor Gomes dos Anjos
Anestesista
-07.764.91





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS
PESSOAS NATURAIS, ESTADO DE PERNAMBUCO
E TUTELA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA E DA JUVENTUDE
DA CIDADE DE TABIRA - PE
nº 29AD67D8-BE2E-434B-A3D7-3135E4D164BD
Assinado por: Carlos Gabriel de Araujo Souza
Matrícula: 0774530155 2013 1 00023 243 0025600 06

Titular
Nelema Soares do Nascimento CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Substituta

NOME:

CARLOS GABRIEL DE ARAUJO SOUZA

MATRÍCULA:

0774530155 2013 1 00023 243 0025600 06

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO

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

MUNICÍPIOS 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 EXTESSO

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-BE2E-434B-A3D7-3135E4D164BD Data do Registro: 08/05/2013 15:21:57

EXCELSIOR SEGUROS

02 ABR. 2019

SEGURO DPVAT