



02/02/2021

Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74467653	02/02/2021 11:34	2695493_EMBARGOS_DE_DECLARACAO	Petição em PDF



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

Processo: 00044331520208172001

ARUANA SEGUROS S/A, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Excelência, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** promovida por **JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**, opor

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA OMISSÃO

Informa a V. Exa. que constou na fundamentação da d. Sentença o seguinte:

“[...] No entanto, **o autor não recebeu pagamento administrativo**, cabendo o pagamento indenização de R\$3.375,00.[...]” (gn)

Com a mais a respeitosa vênua, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão omissa em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira os efeitos integrativos ao respeitável decum.

Ocorre que a parte Embargada deliberadamente omitiu que **NO CURSO DO PROCESSO RECEBEU A INDENIZAÇÃO PLEITEADA NA PRESENTE DEMANDA EM SEDE ADMINISTRATIVO EM 14/02/2020.**

Ressalte-se o fato do autor omitir o fato de já ter recebido indenização pela via administrativa pleiteando novamente indenização integral, restando certo assim o intuito malicioso com o que tenta enriquecer-se às custas da embargante.

Ocorre que na presente demanda que já houve pagamento administrativo no caso em tela, a Embargante, reitera que **o pagamento foi realizado em favor do Embargado, conforme consta dos documentos acostados – isto, após meticulosa análise da documentação apresentada foi liberado o valor da indenização na monta de R\$ 3.881,25 (três mil e oitocentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos), trazemos a colação o comprovante de pagamento, vejamos:**

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



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.881,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000611659-0

Nr. Autenticação

BRABESCO140220200500000000023702530000000611659388125 PAGO

Portanto, necessária a apreciação das provas trazidas ao processo pela ora Embargante, uma vez que não foi considerado pelo juízo sentenciante que o pagamento administrativo ora noticiado.

Destaca-se que o seguro DPVAT é alvo de fraudes a todo instante! Não que seja o caso desses autos, mas as evidências se relevam como tentativa da requerente em receber valor além do estabelecido por lei, ocultando o fato de já ter recebido a quantia de **R\$ 3.881,25 (três mil e oitocentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos)** na via administrativa.

Na dogmática do Direito Privado, o legislador estabelece, no art. 5º, uma cláusula geral de boa-fé processual, que deverá nortear a conduta, durante as sucessivas etapas do procedimento, de todos os protagonistas do processo, vejamos:

Art. 5º - Aquele que de qualquer forma participa do processo deve comportar-se de acordo com a boa-fé.

O fundamento constitucional da boa-fé advém da cooperação ativa dos litigantes, especialmente no contraditório, que devem participar da construção da decisão, colaborando, pois, com a prestação jurisdicional. Não há se falar, com certeza, em processo justo se as partes atuam de forma abusiva, conspirando contra as garantias constitucionais do devido processo legal.

Neste sentido o artigo 378, preconiza: "Ninguém se exime do dever de colaborar com o Poder Judiciário para o descobrimento da verdade".

Ressalte-se que a Embargante não está se omitindo ou procrastinando na presente demanda, muito pelo contrário, busca a veracidade dos fatos, para a perfeita aplicação da justiça.

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



De acordo com os documentos anexados pela Embargante, nota-se que o pagamento da indenização ora pleiteada já foi objeto de análise e pagamento em sede administrativa.

DO PEDIDO

Diante do exposto, requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentado-se os pontos omissos suscitados, conferido-lhes efeitos integrativos, por via de consequência modificativos, para o fim de prover integralmente, para que sobre eles se pronuncie esse Ilustre Julgador, tudo por ser medida de direito e justiça.

Outrossim, informa a embargante que pelo fato dos presentes Embargos terem efeitos infringentes, requer que seja feita a devida intimação da parte Embargada, para que esta venha responder as presentes alegações, a fim de evitar violação ao direito constitucional da ampla defesa e contraditório.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 29 de janeiro de 2021.

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





Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74468534	02/02/2021 11:34	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora lider.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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/06/2019, emitido pelo Dr. ILEGÍVEL CRM nº ILEGÍVEL - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01667/01668 - carta_31 - INVALIDEZ

00080834



Carta nº 14794581





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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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 14928193





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AQL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

081.739.504-07

João Allison de Araújo Brito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 646/2012

5 - Nome completo:

João Allison de Araújo Brito

081.739.504-07

7 - Profissão:

Nôva

8 - Endereço:

Imunidade Osório Eugênio

9 - Número:

62

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camocim de São Félix

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

55.665-000

15 - E-mail:

Nôva

16 - Telefone:

11 3333 04-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$0,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos atrelados. Anular uma opção)

☐ Banco (257)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Indicar o banco)

Nome do BANCO: A/C 3616

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impreterivelmente representando a vítima do acidente de trânsito, Médico Legal (ML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que declaro uma das opções:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fico muito sensibilizado, sob o preceito de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica e/ou cirúrgica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do (dois) da vítima:

25 - Graude Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comprovante(s):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ Falecidos

30 - Vítima deixou comprovante(s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítima: ☐ Falecidos

33 - Vítima deixou comprovante(s):

☐ Sim ☐ Não

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

34 - (Assinatura)

35 - Nome legível de quem assina a região/pedido

36 - CPF legível de quem assina a região/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a região/pedido

38 - 2ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-11

Assinatura de testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

40 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

41 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

42 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

43 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

44 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

45 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

46 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

47 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

48 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

49 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

50 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

51 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

52 - 2ª Nome:

CPF:

05.100.071

Assinatura de testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRRETORA

DE SEGUROS LTDA

11.01.2019

Assinatura de testemunha

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRRETORA

DE SEGUROS LTDA

11.01.2019

Assinatura de testemunha

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRRETORA

DE SEGUROS LTDA

11.01.2019

Assinatura de testemunha

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRRETORA

DE SEGUROS LTDA

11.01.2019

Assinatura de testemunha



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019

Rua da Aurora, Nº 125, 5º Andar
Box Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/02/2019

Rua da Aurora, Nº 125, 5º Andar
Box Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Débito

el



Bradesco

5090 9125 1569 2206

04/21

2530 5

0671659 0

02

U0

VALIDDATE

AGÊNCIA DIG

CONTA

DIG

VIA

TIPO

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

01-41
CRA
IOA

902 BL C
60-010

05/11/21

Rua da Aurora, 111 175, SL 902 BL C
Rosa Vitor - CEP: 50.060-010

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



09/07/2019

Boletim de Ocorrência

Bandeira
do Estado

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000377

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/07/2019 às 12:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 2/6/2019 às 22:25

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 1, PE 103 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NA ESTRADA O BAR DA CURVA SENTIDO CIDADE DE BONITO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DERRAPAGEM (AUTOR/AGENTE)
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (OUTRO)
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**

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

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINO ANA DE ARAUJO** Pai: **JOSE SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **27/7/1967** Nacionalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7969462/SDS/PE (RG)** **08173550407 (CPF)** **04419795005 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **FRENTISTA**
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINO ANA ARAUJO** Pai: **JOSE SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **20/5/1992** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8530527/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

DERRAPAGEM (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA**
Sr(a): **JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELOM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKG9710 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **814095449** Chassi: **9BGLX19XD4C131703**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2004** Combustível: **GASOLINA**

Seu/IC:/Users/Policia civil/Intepos/imi/BOEPreview.html

Scanned by CamScanner



Complemento / Observação

INFORMOU O NOTICIANTE QUE FORA VITIMA DE ACIDENTE DE VEICULO QUANTO TRAFEGAVA NA ESTRADA ESTADUAL PE 103 PILOTANDO O VEICULO SENTIDO BONITO/CAMOCIM, QUANDO DERREPENTE DERRAPOL NA PISTA PERDENDO O CONTROLE DA DIREÇÃO CHEGANDO A CAPOLTA E DESCENDO NA RIBANCEIRA. ADIANTA QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL SOLICITARAM A SAMU, QUE RESGATOU O MESMO LEVANDO PARA O HOSPITAL MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO NA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX. FICANDO SOBRE O REGISTRO 105011, E SOBRE OS CUIDADOS DO MEDICO DE PLANTÃO DR. SÉRGIO MENDONÇA CRM/PE 27.935, QUE CONSTATOU TRAUMA TORAX, QUE FOI TRANSFERIDO DE IMEDIATO PARA O RECIFE HOSPITAL GERTULHIO VARGAS E ATENDIDO SOBRE O REGISTRO 1121373, FICANDO SOBRE A CUSTODIA DO DR. IRWINS EMANUEL CRM 27918. SEM MAIS PELO EXPOSTO FEZ CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIA.

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

João Alisson de Araújo Bezerra

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

(VITIMA)

Aiza Rafaela de Araújo Bezerra

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

(OUTRO)

B.O. registrado por: IVANILDO AIRES DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381.127-1



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/09/2019

Rua do Azeite, 1175, 51.902-90, C
Bela Vista - CEP: 51.060-010

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/09/2019

Rua do Azeite, 1175, 51.902-90, C
Bela Vista - CEP: 51.060-010





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou AGL:

3 - CTP de origem:

4 - Nome completo da vítima:

081.739.504-07

JOSÉ ALISSON DE SOUZA SORENA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

JOSÉ ALISSON DE SOUZA SORENA

081.739.504-07

7 - Profissão:

NUNCA

8 - Endereço:

TRAVESSA OLSON GUBERNA

9 - Número:

62

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

CAMACIM DO PO FALCY

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55665-000

15 - E-mail:

NUNCA

16 - Telefone:

(11) 99704-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 17 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, reunir as condições acima informadas, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CORTA:



RECUSO INFORMAR



R\$1,00 A R\$1.000,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUQUANÇA (Somente para as bancas debr. Anote a conta e o nome)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Verificar no banco)

Nome do BANCO: BNB 2016

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não existe impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de tramitação do Seguro DPVAT por invalidez permanente, assim como também uma das opções:

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(s):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheira(s), informe o nome completo:

28 - Vítima testadora?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Falecidos:

Sim

Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

Sim

Não

31 - Vítima teve herdeiros?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou patrimônio vivo?

Sim

Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-11

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-11

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Camacim do Po, 01/08/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V0002/2019

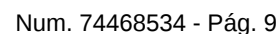
Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11.07.99

Scanned by CamScanner



[illegible]

Assinatura do emitente

05.802.494/0001-41
CORRETORES DE SEGUROS LTDA

Assinatura do receptor

05.167.719

ASSINATURA DO RECEPTOR: 101.125.54.902 BA
ASSINATURA - CLP 50.060-010
RECIBO Nº

OS. 802.494/0001
 TRACÃO CORRÊTORES
 DE SEGUROS LTDA
 11.551.209
 Rua da Aurora, 1011, Sd. 902 B, J.
 São Vitor - CE - 60060-000
 0800-700-1111

COG.: 146 - Grátis (0800) 2728-0302

Scanned by CamScanner



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1395328478

 **IMPRIMIR**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111, RUA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0001943-N



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0818120 PRONTIDÃO 0800 0818194
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 282 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0187
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE:
SEVERINA ANA DE ARAUJO

DATA DE VENCIMENTO
22/07/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
15/07/2019

CONTA CONTRATO
7013777416

ENDEREÇO:
TV OSCAR EUGENIO 62 - CENTRO/CAMOCIM
DE SAO FELIX -55665-000 CAMOCIM DE SAO
FELIX PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 47,23

DATA DA APRESENTAÇÃO
15/07/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
069574717

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
13/06/2019 a 15/07/2019

CONSUMO
26

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Detalhes para:

CONTA CONTRATO
7013777416

MES/ANO
07/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 47,23

VENCIMENTO
22/07/2019

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este carnê será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 472300110076 013777416109 140476287630



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.064-010
RECIFE-PE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Rua Vista - CEP: 50.064-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Liza Rafaela de Araújo Bezerra

RG: 8.590.627, data de expedição 25/04/2008

Órgão SDS, portador do CPF 094.428.274-13, com

domicílio na cidade de Parnamirim de São Felix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Antônio Lauretino dos Santos, nº 62

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Foi Alexson de Araújo Bezerra, cujo o condutor era Foi Alexson de Araújo Bezerra.

Veículo: Automóvel

Modelo: Gm/Libra Sedan

Ano: 2003

Placa: KKG 9710

Chassi: 9BGKF19X04C131702

Data do Acidente: 02/06/2019

Local e data do cartório: Parnamirim de São Felix, 13.07.2019

Liza Rafaela de Araújo Bezerra

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Cbt: Reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11.07.2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

EMPRESA REGISTRADA E NOTARIAL EM CARACOL DE SÃO FELIX
Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Reconheço por Autenticidade assinatura de LIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA: Doc. T4. Empl. Nº 3, 27 T000: 040, 80 EXC: 0,40, EXC: 0,04, FICHA Nº 0,00, INE Nº 0,12, total: R\$ 4,20. Em test. Verdade - Elaine Apolinário de Araújo Silva - Tabelão Substituta.

Dele: 001506 - 02/07/2019 11:37:27
Consulte em: 02/07/2019 11:37:27

Imagem digitalizada de
Tabelão Registrado

Scanned by CamScanner





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto
Secretaria Municipal de Saúde



192

Identificação	Médico Regulador Dr. F. B. M.			TARDE		Operador de Sinais H. G.	
	Data 21.06.19	Hora 22.25	ID 0593	Nº ocorrência 02	Unidade Militar 77503	Estado da ocorrência Crime	
	Endereço da ocorrência PC 103						Nº
	Bairro Santidade M. M.			Município Pernambuco			
	Ponto de referência Praça da Armada						
	Nome da vítima Joaquim de Jesus						Idade 21
	Solicitante / Fuga			Cartão de saúde - SUS			
Questas 4							
Consultação 22.25		Saida da base 22.25	Chegada no local 22.25	Saida do local 22.25	Chegada no destino 22.25	Saida do destino 22.25	Chegada no final 22.25

na esquerda		na direita	na direita	na direita
Transferência (semu):				
☐ Tipo de Agravado:	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Amostragem de dados	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Pedestre	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Condutor do veículo	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Passageiro do veículo	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Agente	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Criança	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Desconhecido / Subterranos	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
Antecedentes:	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ AIDH	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Alcoolismo	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Alergia	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ AVC	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Cirurgias anteriores	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
Exame Clínico:	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Principais sintomas / Quedas	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Agitação/agressividade	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Alergia	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Ausência de pulso	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
☐ Glucose	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência	☐ Ocorrência
Início das Sintomas:	☐ Menos de 1 hora	☐ 1 a 3 horas	☐ Mais de 4 horas	☐ Mais de 24 horas
	☐ Mais de 24 horas	☐ Mais de 24 horas	☐ Mais de 24 horas	☐ Mais de 24 horas

Dados Vitais:							
Idade:	PA:	Puls:	FR:	Temp. Axilar:	Glicemia:	Saturação O ₂ %:	Exatidão e Clonagem
14.5 x 100	105	20		103	98%	15	

[illegible]

Scanned by CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOÇIM DE SÃO FÉLIX
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO
LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do Paciente: <i>Jon. H. Lima de Moraes Borges</i>	
Quarta Clínica: <i>Reunião v.l. de acompanhamento do caso de J. Lima</i> <i>Assist. p/ J. Lima de MMS</i>	
Diagnóstico: <i>Pol. hem. insufl. J. Lima</i>	
Auxiliar Responsável:	COREN:

REMOÇÃO

Destino: Hosp. Reg. de Hyg.	Município: Caramuru	Data: 06/10/98 Hora de saída: Hora de chegada:
Motivo (Registro detalhado): Urticária, angioedema, vômito, diarréia, febre, tosse, dispnéia, edema de glote.		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		Hora de Chegada:
Motivo (Registro detalhado):		
		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	05.802.494/0001-41
Especificação do atendimento prestado:	05.802.494/0001-41	TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:	05.165.7019

Município: 05.802.494/0001-41
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
05.802.494/0001-41
Data: 11-05-2019
Assinatura: 11-05-2019
Rua Vitor - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENÇÃO: 733144

Prontuário: 1121312

Nome: JANEIRSON DE ARAUJO REZERRA

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 75000464/00403

RG: 7160483

Nº 62

Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS

Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX

Estado: PE

CEP: 55000000

Fone: 08535403

Profissão:

Nome da Mãe: BEVERINA ANA DE ARAUJO

Nome da Mãe: RAFAELA

Nome do Cônjuge:

Endereço: AMBULATORIO

Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX

Prontuário: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM CIRCUNSTÂNCIAS DE FRATURA DE UNHO DO DITO E RUÍDO O EVOLUIR COM DOR TORÇÃO

Estado de Início: Sim ☐ Não ☐

ATENÇÃO: DATA: 08/05/2021 HORA: 09:52 A Médico:

Queixa Principal: HDA. Paciente com história de acidente automobilístico no dia 04/05/21 com fratura de unho do dedo anelar e fratura de unho do dedo anelar. Queixa principal: HDA. Paciente com história de acidente automobilístico no dia 04/05/21 com fratura de unho do dedo anelar e fratura de unho do dedo anelar. Queixa principal: HDA. Paciente com história de acidente automobilístico no dia 04/05/21 com fratura de unho do dedo anelar e fratura de unho do dedo anelar.

Letra do Trauma

Local de ocorrência: Sim ☐ Não ☐

Espalho Encefalo: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Motorista ☐ Passageiro ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo

Local de trânsito: Sim ☐ Não ☐

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Prontuario 1121373

Num. 74468534 - Pág. 17

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <u>Paulo Henrique de Almeida</u>			CARTÃO SUS: _____		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>15970</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	DIA:	MESES:	ANO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F ☒ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Luxação do ombro direito e fratura da clavícula direita</u>					
COMORBIDADE: _____					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Redução e fixação</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>01/02/19</u>		DATA DA ALTA: <u>08/02/19</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO: _____	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CD:	CAMBIO/REVISOR/FATURAMENTO	
CCD:	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Silva</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐			
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE	☐	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>PM Transf. de sangue no ombro direito</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: <u>05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA</u>					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Luxação do ombro direito</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA: <u>Boa evolução</u>					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			CÓDIGO: <u>05.802.494/0001-41</u>		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBUATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):			CÓDIGO: <u>05.802.494/0001-41</u>		
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 13 de 19					
Assinatura do Médico Responsável Assinatura do Responsável					

Scanned by CamScanner



CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC. URICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204060138
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204060111
			BACIA	0204060065
BILIRRUBINA	0202010201		BRACÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010280		CALCÂNHO	0204060109
COLESTEROL	0202010295		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRÂNIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRÂNIO PA+LAT+OBIL	0204010071
DESHIDROGENASE	0202010388		COXA	0204060117
GAMA	0202010485		COL. TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010722		CLAVICULA	0204040080
GLICOSE	0202010673		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060125
LEUCOGRAMA	0202020399		MÃO	0204040088
LCR	0202080600		OMBRO	0204040116
FÓSFORO	0202010430		PE	0204060150
FÓSF. ALCALINA	0202010422		TÓRAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010662		TÓRAX AP E PERFIL	0204030183
MIELOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010570		PERNA	0204060188
PARASITOLÓGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT. TOTAIS	0202010619		ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0205020048
POTÁSSIO	0202010600		TÓRAX	0205020136
SÓDIO	0202010635		PELVICA	0205020160
TSTC	0202020485		TRANSVAGINAL	0205020186
TEMP. SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICÉRIDEO	0202010679		MAMA	0205020097
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0205020119
TGP	0202010651		VIA URINÁRIA	0205020084
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
URÉIA	0202010694		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SAGRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010036
CONC. HEMACIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020106		PRESCOÇO	0206010052
CONC. PLAQUETA	0306020078		SELA TURCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. I	0212010028		CRÂNIO	0206010078
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEQ. APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLÓGICO	0203020030		TÓRAX	0206020031
ECG	0211020038		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408060098		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0306020030
			CURATIVO	0401010016

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 125, 5º ANDAR
 São Paulo - SP - CEP 04000-000

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, 125, 5º ANDAR
 São Paulo - SP - CEP 04000-000

Scanned by CamScanner



HOSPITAL GETULIO VARGAS



SERVICO DE CIRURGIA GERAL
Alta Hospitalar

Nome: Jovir Nelson de A. Bezerra

Registro: 1122373

Data de Internamento: 01/07/19

Data de Alta: 07/07/2019

Equipe cirúrgica

- Operador: MRI Trains Estranhos

Diagnóstico Pré-operatório: Hemoptise maciça em pulmão direito

Tipo de operação: Otimização de coagulação de sangramento

Diagnóstico pós-operatório: Hemoptise maciça em pulmão direito

Data da cirurgia: 28/06/19

Achados cirúrgicos

- Saída de conteúdo semi-hemático

História Clínica

Paciente admitido pela emergência deste serviço com história de acidente de trânsito em 02/06/2019, com fratura em ombro esquerdo e punho direito e posterior alta. Evoluiu sem sintomas em casa, no dia 27/06/2019, com dispnéia aos pequenos esforços associada a dor torácica, sendo transferido novamente a este serviço e realizado drenagem em sonda água com grande quantidade de volume sero-hemático em pulmão direito.

Admitido na enfermaria de cirurgia geral para investigação. Realizado tomografia de tórax (04/07/2019), que evidenciou presença de opacidade pulmonar, porém com área consolidada. No dia 05/07/2019, paciente evolui com bom estado geral, com melhora em ausculta pulmonar. Foi discutido, em reunião clínica, tratamento conservador com fisioterapia respiratória. Dessa forma, prescreve alta para paciente hemodinamicamente estável respirando em ar ambiente.

Orientações:

- Retorno ao ambulatório de Dr. Fabio Grange com 15 dias após alta
- Prescrever: Dexametasona 0,5mg de 12 em 12h
- Usar 1 litro de soro fisiológico com água e soro fisiológico
- Retornar dentro de 10 dias da alta médica em caso de piora ou próximo da residência
- Em caso de piora ou complicações procurar o serviço de emergência mais próximo da residência

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SIG. PROCTDA

Mélio

Recibo 05.01/2014

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SIG. PROCTDA

05.01/2014

Recibo 05.01/2014
05.01/2014
05.01/2014





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Usuário da Internação
GVALD031



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº Atendimento: 739425 Nº AIN: _____
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA Prontuário: 1121373
Data Nasc.: 27/07/1967 Idade: 51 Sexo: MASCULINO Cor: PARDAS Religião: _____
CPF: 08173665407 RG: 7801462 CNS: 700009404390403
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS Nº: 62
Bairro: CENTRO Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX Estado: PE
CEP: 5565000 Fone: 36831403 Profissão: _____
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO
Nome do Conjugue: _____
Nome: _____
Parâmetro: _____ RG: _____ Fone: 36831403

2. INTERNAÇÃO PARA
Clínica: CLÍNICA GERAL Prestador: 1
Unidade de Internação: Leito: CLCA 207-03
Diagnóstico Inicial
(Constante do Laudo Médico): Fratura fechada da ulna e rádio CID: _____
Procedimento Solicitado: Redução e fixação com placa e parafusos COD: _____
Procedimento Realizado: Redução e fixação com placa e parafusos COD: _____

GOO	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	Cirurgião		
2	1º Auxílio Cirúrgico	MRS. Jussara R. Romão	
3	2º Auxílio Cirúrgico		
4	3º Auxílio Cirúrgico		
5	Dentista Auxílio Cirúrgico		
6	Anestesiologista		
7	Clinico		
8	Neonatalogista		

05.802.494/0001-11
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE

05.802.494/0001-11
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Dir. Geral: _____
Ass.: _____

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 527.1 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____
0512040164

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Paciente, sexo masculino, com história de trauma de membro superior direito, apresentando fratura fechada da ulna e rádio, com deslocamento e comprometimento da função. Foi submetido a cirurgia de redução e fixação com placa e parafusos. Evoluiu satisfatoriamente, com boa cicatrização e sem complicações. Foi alta com medicação e orientações para cuidados com o membro operado.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA DS.802.45420042-1
DATA DA INTERNAÇÃO: 08/09/2015 DATA DA ALTA: 05/10/2015 DIAS DE INTERNAÇÃO: 27
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

05.802.494/0001-11
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retrada da senha: 28/06/2018 09:21

Nome Paciente: JOSE AUBSON DE ARAUJO BEZERRA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1967
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 50011
Convênio:
Alimentação:
SAME

Período: 28/06/2018 09:21 - 28/06/2018 09:21

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Previsão: LARANJA - MUITO URGENTE

CD: [REDACTED] LARANJA

Queixa Principal: HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 22/06/2018 - FRATURA DE UMBRO ESO E PUNHO D. ESQUERDO COM DOR TORÁCICA E DISPNEIA NAS DIAS

Exame Físico: PROCEDENTE DO AMBULATÓRIO ENCAMINHADO POR DRA. JULIANA PIVANTI

Exame Físico: DOR TORÁCICA

Diagnóstico Principal: ORSPNEIA AGUDA

Especiedade: CARDIOLOGIA

Alto Risco: VERBAZIN DOR E FREQUENCIA CARDÍACA SA (SEM RITMICO)

500, 96%

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11-779
Rua da Aurora, 1013, 5º andar, C
Bairro Vila - CEP 13.060-000

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11-779
Rua da Aurora, 1013, 5º andar, C
Bairro Vila - CEP 13.060-000

Assinado por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/06/2018 09:21

Página 1 de 1



100

MATRICULA 1121373

ENFERMIA 207

LEITO 03

Travis E. Marshall
March 2008
Chapter 17, 18

ASSINATURA DO MEDICO SOLICITANTE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SIGUROS LTDA

05 APR 2004

05-802,494/2011
TRACAD 10/11
DRESCHE

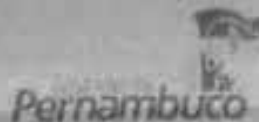
Rua da Aurora, Nº 129, 2º ANDAR
 São Paulo - SP 01000-000
 011-3081.20

10/10/10 10:10 AM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSE ALISSON

Registro:

Data da operação: 28/06/19

Operador: IRWINS EMANUEL

Tipo de Anestesia: Local

Diagnóstica: Hemotórax à direita

Tipo de operação: DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Antissepsia + posição de campos operatórios;
- 3) Anestesia local com lidocaína;
- 4) Direse por planos até cavidade torácica com dificuldade (por conta do biótipo do paciente);
- 5) Introdução de dreno de tórax Nº 34 com drenagem em selo d'água, visualiza escape aéreo pelo tubo, porém não há saída de sangue pelo dreno;
- 6) Fixação do dreno com nylon prolene 0-6;
- 7) Limpeza + curativo;
- 8) Solicita radiografia de tórax para confirmar pos. tubo do dreno.

Irwin Sousa
Médico
CRM 17414

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORREIO
DE SEGUROS LTDA

11/06/2019

ASSINADO POR: IRWINS EMANUEL
ASSINADO POR: IRWINS EMANUEL

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORREIO
DE SEGUROS LTDA

05/06/2019

ASSINADO POR: IRWINS EMANUEL
ASSINADO POR: IRWINS EMANUEL





Secretaria do Estado de Saúde de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
ESCLT

10.572.048/0005-61
(03 vlns)

CARTÃO SUB

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

RENDA

NOME DO PACIENTE

Dr. Alexandre de Almeida Pereira

DATA DE NASCIMENTO

27/01/84

SEXO

MASC

Nº DO REGISTRO

4434393

NOME DA MÃE

Silvina Rosa de Almeida

ENDEREÇO

Nº

BLOCO

APT

CIDADE

CEP

UF

DDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente, homem, com história de doenças autoimunes, chega à emergência com sintomas respiratórios agudos e dor torácica. Realiza-se exames laboratoriais e de imagem à pedido.

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Insuficiência cardíaca

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame de sangue à direita

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

Clínica Médica

DATA *28/06/19*

DATA

05.802.494/0001-43

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

TRACON CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/19

Rua da Aurora, 100, 5º andar, B. C.

Box 100 - CEP 51.000-010

RECIFE

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ATENDENTE

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

USP - UNIDADE COMPLEMENTAR
TRACON CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

DATA DE EMISSÃO

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO DO PACIENTE

ASSINATURA DO PACIENTE

ASSINATURA DO PACIENTE





EVOLUÇÃO
MULTIPROFISSIONAL

NOME

N° UG REGIM TRO

SETOR

INF ERMARIA

LETO

DATA - HORA

EVOLUÇÃO

28/06/19
22:30

#CG#

Realiza recolocação de Dentes totais que após Rx foi visualizado em subartrose direto.

Exame submissão a dosagem de torax (D) em solo de água com febre e anorexia. Processamento sem intercorrências. (D) Realiza RX TORAX AC com fiole.

05-802-494/DOJ-4
TRACED CONNECTION
ON 5/21/2006

San Antonio, TX 78205, USA
Tel: 214-343-7000
Fax: 214-343-7001

East Falmouth, C. Anthony
Glenview, D. B. B.
Carmichael - 2000

29/06/24
57.55

A. C. ...

Mr. J. H. M. ...

E. Dendroica flaviventris? *Hirundo* *infusibilis*
Thryothorus? *Vermivora*

[illegible][illegible]

10V R/L = 8.2F, s/a Fe to H₂O
16 MV & s/a H₂O IR 12.0µm 98%

2000





Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Jose Elisson de Araújo Bezerra

IDADE:

Reg: 1121373

SEXO:

F ☐

M ☐

Emergência Cirurgia Geral

Paciente com história de acidente automobilístico no dia 02/06/19, com fratura luxação de cômulo C + fratura de punho D.

Vem a consulta de acompanhamento se queixando de dispnéia aos pequenos esforços há ± 5 dias

Trax radiografia de tórax evidenciando derrame pleural à D.

Solicitado avaliação da cirurgia geral

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SERVIÇOS LTDA

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SERVIÇOS LTDA

05.802.494/0001-11

11 Avenida Coronel Aguiar nº 100 - Cód. 50000-000

Recife - PE - CEP 51000-000

Telefone: (51) 31855000

REV 1002 V 1 2013

05.802.494/0001-11

05.802.494/0001-11

Juliana Pinotti
PE 27900
28/06/19



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E. Abdomen

Sinal - (Cólica, ruído, distensão, indolência)

Diagnóstico Inicial: 1) Úlcera péptica? 2) Ruptura da parede abdominal traumática?

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Tomografia de tórax e abdômen

Resultado de Exame

Código Procedimento

Prova X de tórax com distensão pulmonar volumosa à direita e hemipneumotórax à esquerda e envase de hemidômio direito.

Ass. Médico + Cuidado
Código Procedimento

Tratamento / Procedimentos realizados

1) DURA

Ass. Médico + Cuidado

Indicação Cirúrgica: ☐ Sim ☒ Não ☐ Médio

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem + Cuidado

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Térmo de Alta a Pedido ☐ Exatidão

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Piorado
☐ Interferido ☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Assist. Social

Confirmação do Nome

Confirmação no endereço

Previdência: ☐ Sim ☐ Não ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Assist. Social

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

(Médico) ☐ CRMERO ☐ DGR ☐ HGR

Térmo de Responsabilidade Para Internamento

- Este termo tem como finalidade informar ao paciente sobre a natureza e o objetivo da internação, bem como a responsabilidade do paciente e de seus familiares em relação ao tratamento e ao transporte de emergência.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº de identidade: _____ Assinatura: _____

Térmo de Responsabilidade da Alta a Pedido

- Este termo tem como finalidade informar ao paciente sobre a natureza e o objetivo da alta, bem como a responsabilidade do paciente e de seus familiares em relação ao tratamento e ao transporte de emergência.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº de identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastro: 28-06-2019 09:32 N - RACI TACOS

Impressão: 28-06-2019 09:32 N - RACI TACOS

05.802.434/0001-41
TRACACORRETORA
DE TIPOGRAFIA

05.802.434/0001-41
TRACACORRETORA
DE TIPOGRAFIA

23.11.23
Rua da Aurora, 1015, 11.º andar
Nº 1151-1152/0001
00000000

11.11.23
Rua da Aurora, 1015, 11.º andar
Nº 1151-1152/0001
00000000





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.101.270

Rua da Aurora, Nº 175 - Jd. São José
Bom Vista - CEP: 13.130-000
Ribeirão Preto - SP

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11.01.2019

Rua da Aurora, Nº 175 - Jd. São José
Bom Vista - CEP: 13.130-000
Ribeirão Preto - SP

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
AL. DE BRASÍLIA, 1304 - FONE (061) 344-3300
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA
CIVIL - INSTITUTO DE DEFESA CIVIL



VOM
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA



DOE IDENTIDADE / DATA EMISSÃO

7959462 RDD PE

CPI

081.739.504-07

DATA NASCIMENTO

27/07/1987

FILIAÇÃO

JOSE SEVERINO BEZERRA

SEVERINA ANA DE ARAUJO

PERMISSÃO

0000000000

ACC

00000000

CRT. HAE

AR

Nº REGISTRO

04419795805

VALIDADE

18/05/2023

1ª HABILITAÇÃO

01/08/2008

OBSERVAÇÕES

CETPP

EAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 AGO 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RUA VISTA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Jose Alisson de Araujo Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

GRAVATA, PE

05.802.494/0001-41
DATA EMISSÃO TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19/06/2019

17 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
RUA VISTA - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISOR

11441446162
PE0005640993

PERNAMBUCO



Scanned by CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014488046254

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODD RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 814088449 ***** 2019

NOME
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

CANOCIM DE SAO FELIX-P 0

CNP CNPL PLACA
094 428 274-13 KFG9710

PLACA ANT / US CHASSI
***** / PE 98GXF19X04C131702

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS / AUTOMÓVEL GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD
GM / CORSA SEDAN 2003 2004

CAP / POT / CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
5P / 71CV PARTIC PRATA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
I P IPVA 2019 QUITADO 1° *****
V FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2° *****
A I ***** 3° *****

PREÇO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
12.00 0.06 16.21 21/02/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA SEM PONTOS OBRIGATORIO
RECONHECIMENTO TRANSFERENCIA

CANOCIM DE SAO FELIX DATA
06/05/19

Roberto Carlos Moreira Fontal

INTECE PREC

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.101.219

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526723 Cidade: Camocim de São Félix Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA Data do acidente: 02/06/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO COM HEMOTÓRAX À DIREITA.
FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA COM DRENAGEM) TRATAMENTO CONSERVADOR PARA OS DEMAIS E ALTA MÉDICA. (P5 P6 P9 P12 P15)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314638/19

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF: 081.739.504-07

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA : 081,739,504-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 chancele 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: 11/09/2019
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA
CPF: 081.739.504-07

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradora lider.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, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615377

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01997/01998 - carta_04 - INVALIDEZ

00050999



Carta nº 15094179





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Tabela (e) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ALE: 3 - CPF de vítima: 081.739.504-07 4 - Nome completo da vítima: João Allison de Araújo Brito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

5 - Nome completo: João Allison de Araújo Brito 6 - Nº do sinistro ou ALE: 081.739.504-07
7 - Profissão: Açougueiro 8 - Endereço: Rua Oslon Kubina 9 - Número: 62 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curitiba PR 13 - Estado: PR 14 - CEP: 81140-000
15 - E-mail: jbruno@bruno.com.br 16 - Telefone: (41) 44704-6399

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anotar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
Nome do BANCO: AMB
AGÊNCIA: 25305 CONTA: 611659

Assinatura e Seguros LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu não tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e sumamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido 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 (assinale 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 acima, 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 de custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou tentativa ao direito de contestar a, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa da morte com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou herdeiros? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a seguinte declaração: 35 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração: 36 - CPF legível de quem assina a seguinte declaração: 37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte declaração:

38 - 1ª Nome: CPF: 05.802.494/0001-4
Assinatura da testemunha: TRACAO CORRETORES DE SEGUROS LTDA
39 - 2ª Nome: CPF: 05.802.494/0001-4
Assinatura da testemunha: TRACAO CORRETORES DE SEGUROS LTDA

40 - Local e Data: Curitiba, 01/08/2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (identidade): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019

Scanned by CamScanner





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 MAR 2019

Rua da Aurora, 10-175, 3º-502 B.L.
Bela Vista - CEP: 51060-050
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAR 2019

Rua da Aurora, 10-175, 3º-502 B.L.
Bela Vista - CEP: 51060-050
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Debito

el

Bradesco

5090 9125 1569 2206

02 00

TIPO

VIA

DIG

COMTA

DIG

VALIDO ATE

04/21

AGENCIA

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

01-41

ORA

TDA

01-41

ORA

TDA

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista CEP 50.060-010





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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713615

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.881,25

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Valor: R\$ 3.881,25

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 00000611659-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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,





Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74467656	02/02/2021 11:34	ANEXO 1	Outros (Documento)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.881,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000611659-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1402202005000000000023702530000000611659388125 PAGO

