



Número: **0000094-76.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALISON CARDOSO ARAUJO (AUTOR)	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75226 979	15/02/2021 13:42	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Carlos da Silva Maccimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 094.568.984 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alisan Cardoso Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.648.944-08.

do sinistro de DPVAT cobertura inabilitéz da Vítima Alisan Cardoso Araujo.

inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.648.944 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: X 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 no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Trinta e um</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:	<u>Casa</u>
Bairro:	<u>Prinápolis</u>	Cidade:	<u>PE</u>	Estado:	<u>55825-000</u>
E-mail:	<u>Y.S. assessoriaofpe@gmail.com</u>				Tel.(DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Reis Unidos Recife 29.10.10

Eduardo Carlos da Silva Maccimento

Assinatura do Declarante

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALISON CARDOSO ARAUJO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000099346225-9

Nr. da Autenticação 24E48F824C17BB3E



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 2

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.832/0001-88
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvíndia 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ALISON CARDOSO ARAUJO
CPF: 128.848.944-08 NIS: 20032895469

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MAMEDE COELHO 466 A
DOS UNIDOS/RECIFE
52140-180 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br.

DATA DE VENCIMENTO 21/10/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 14/10/2020	CONTAS CONTRATOS 007030560404
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 14/10/2020	Nº DO CLIENTE 2018672193
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 127831034	Nº DA INSTALAÇÃO 0002367224
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		
RESERVADO AO FISCO 9FE7.B5CF.2690.F1C3.3D43.3280.E824.DB21		

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	0,10832999	3,24
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,18870856	7,78
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	0,09262775	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,00	0,15879043	6,66
Multa por atraso-NF 124638908 - 14/09/20			0,43
Juros por atraso-NF 124638908 - 14/09/20			0,09
Atualização ICPI-NF 124638908 - 14/09/20			0,44
Compensação DNIC 03/20			0,19-
Correc. Monet. DNIC Maio - 03/2020			0,01-
TOTAL DA FATURA			21,22

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	8,00	0,00	20,46	0,90	0,18

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo-TUSD até 30 kWh	0,10832999	OUT	72
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	0,18870856	SET	76
Consumo-TE até 30 kWh	0,09262775	AGO	82
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	0,15879043	JUL	76
		JUN	106
		MAI	103
		ABR	107
		MAR	109
		FEV	95
		JAN	98
		DEZ	113
		NOV	108
		OUT	105

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FURCAÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
0008000120000000008	CAT	14/09/2020	283,00	14/10/2020	275,00	30	1.000000 0,00 72,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 15/11/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR	APURADO	META	META
DIC-Noa horas sem Energia	BEBERIBE	0,00	4,85	5,91	19,82
FIC-Noa vezes sem Energia		0,00	3,23	4,47	12,65
DNIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,77	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia úteis				Limites DICR: 12,32	
EURD-Hora de Encargo de Uso = R\$ 18,48					
Todos Consumidores podem solicitar a suspensão das multas DRC, FIC, DNIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês isenção do ICMS conforme art. 8º, XLVII, a, 2.2.2, do ICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,08 .
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimentos comerciais.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEIS DE TENSÃO						
TENSÃO NOMINAL(V)		LIMITE DE VARIAÇÃO(V)				
		MÍNIMO	MÁXIMO			
220		202	231			
			AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

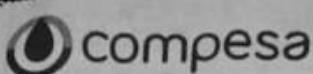
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007030560404	MÊS/ANO 10/2020	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 21/10/2020	TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cunhoto será usado em leitora ótica.				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA CAP PEDRO IVO - NUM. - 00053 - CENTRO PAUDALHO PE 55825-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 17874942 Fev/2020

MARIA O.DA S.NASCIMENTO
R TRINTA E UM, N. 00026 - PRIMAVERA PAUDALHO PE 55825-000

INSCRIÇÃO: 106 160 095 0118 000 GRUPO-11 DER-AUTOMATICO		QUANTIDADE DE ECONOMIAS		
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL
CORTADO	POTENCIAL	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A10B353176	04/02/2020	05/03/2020	MEDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 225 CONSUMO:0
LEIT ATU: HD RETIRADO
LEIT FAT: 225

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

01/2020 00
12/2019 00
11/2019 00
10/2019 00
09/2019 00
08/2019 00
MEDIA: 00

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	42	48	48
COR APARENTE	42	48	38
CLORO RESIDUAL	42	48	47
COLIF. TOTAIS	42	48	30
E. COLI	42	48	48

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARAMETROS COLEIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

0,26

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

13,22

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 4



Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

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, 02 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200391889 **Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO**

Data do Acidente: 28/03/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALISON CARDOSO ARAUJO

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: ALISON CARDOSO ARAUJO

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000099346225-9**

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, 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-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200391889](#)

Nome do(a) Examinado(a): [ALISON CARDOSO ARAUJO](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [R MAMEDE COELHO, 460, C, Recife/PE](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SDSPE / 91179449](#)

Data e local do acidente: [28/03/2020 - Recife/PE](#)

Data e local do exame: [09/11/2020 - Arcoverde/PE](#)

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.41899 , longitude: -37.06033

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Ferimento corto contuso no pé direito com lesão neurológica do nervo tibial anterior.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Tratamento conservador](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé cavo, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva normal, articulação metatarsofalangeana aos 30°. Apresenta na região observada ausência de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé direito.](#)

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Pé em equino devido lesão neurológica do nervo tibial anterior](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



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 ASL: **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:**
128.648.944-08 Alison cardoso Araujo

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

 5 - Nome completo: **Alison cardoso Araujo** 6 - CPF: **128.648.944-08**
 7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua Manoel Coelho** 9 - Número: **460** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Relife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **52140-180**
 15 - E-mail: **fr.assessoriaof@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **81-99304-6299**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:
 Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 REUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) **Nome do BANCO:** **Itaúbank**
 AGENCIA: **0001** CONTA: **99346225** **9**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco 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 Vivos: **Falecidos:** 30 - Vítima deixou nascituro (varônico)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Alison cardoso Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC
DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **20E0154001316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2020 às 15:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia
28/3/2020 às 20:00

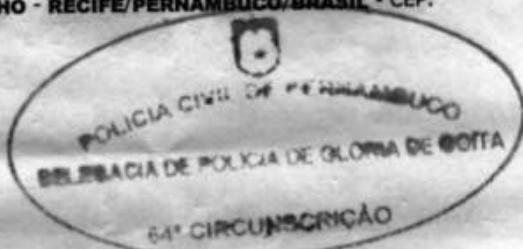
Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTO**

Fato ocorrido no endereço: **ALTO JOSE DO PINHO, 1, PRÓXIMO A ESCOLA NO ALTO JOSE DO PINHO, RECIFE-PE** - Bairro: **ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **52110-460**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA (OUTRO)
ALISSON CARDOSO ARAUJO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALISSON CARDOSO ARAUJO

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

ALISSON CARDOSO ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA** Pai: **ANDERSON DA SILVA ARAUJO** Data de Nascimento: **11/1/2000** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9179449/SDS/PE (RG), 12864894408 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES**
Endereço Residencial: **RUA MAMEDE COELHO, 400, CASA A - CEP: 55000-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: -
Telefone de Contato: -

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON CARDOSO ARAUJO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**





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 ASL: **3 - CPF da vítima:** **Nome completo da vítima:**
128.648.944-08 Alison cardoso Araujo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: **Alison cardoso Araujo** 6 - CPF: **128.648.944-08**
 7 - Profissão: **Agricultor** 8 - Endereço: **Rua Manoel Coelho** 9 - Número: **460** 10 - Complemento: **Casa**
 11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Relife** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **52140-180**
 15 - E-mail: **jr.assessoriaof11@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **81.99304.6299**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR
SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **99346225**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itubank**

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **99346225**

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco 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 Vivos: **Falecidos:** 30 - Vítima deixou nascituro (varônico)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Alison cardoso Araujo

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	28/3/20	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:	28/3/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Alisson Condoro Aragão		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fractura Tendão Tibial anterior		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Perfil esquerdo
2º	Perfil direito
3º	Função de extensão, flexão, abdução, adução
4º	Função de extensão, flexão, abdução, adução
5º	Função de extensão, flexão, abdução, adução

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/3/2020 A 20/3/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL	DATA	Victor Crispim Oftopedia e Traumatologia CRM-25142 ASSINATURA E CARIMBO
-------	------	-----------------------------------------------------------------------------------------



Pé Direito - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Ferimento corto/ contuso em pé direito com lesão neurológica de tibial anterior, o mesmo apresentando no exame físico um pé equino. Graduação de 25% apenas do segmento afetado.



Eduardo Nogueira Coimbra
pje.jpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 11

Placa: **PCS5499** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA CITADA ACIMA PELA SITUADA LOCALIDADE, QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO PASSOU PARA A CONTRA MÃO E A VÍTIMA NA TENTATIVA DE DESVIAR DO MESMO, COLOCOU A MOTOCICLETA POR CIMA DA CALÇADA ONDE ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SÓLIO. COM SÉRIAS LESÕES FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS NO RECIFE-PE.

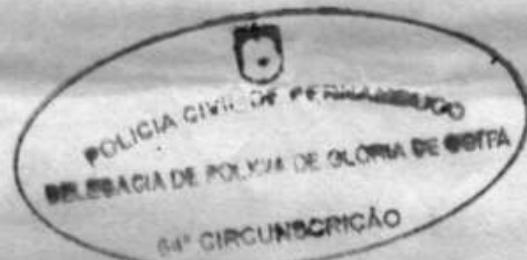
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ALISSON CARDOSO ARAUJO
(VITIMA)

Alisson Cardoso Araujo

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**
(Liberado em **17/10/2020** às **15:37**)

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3

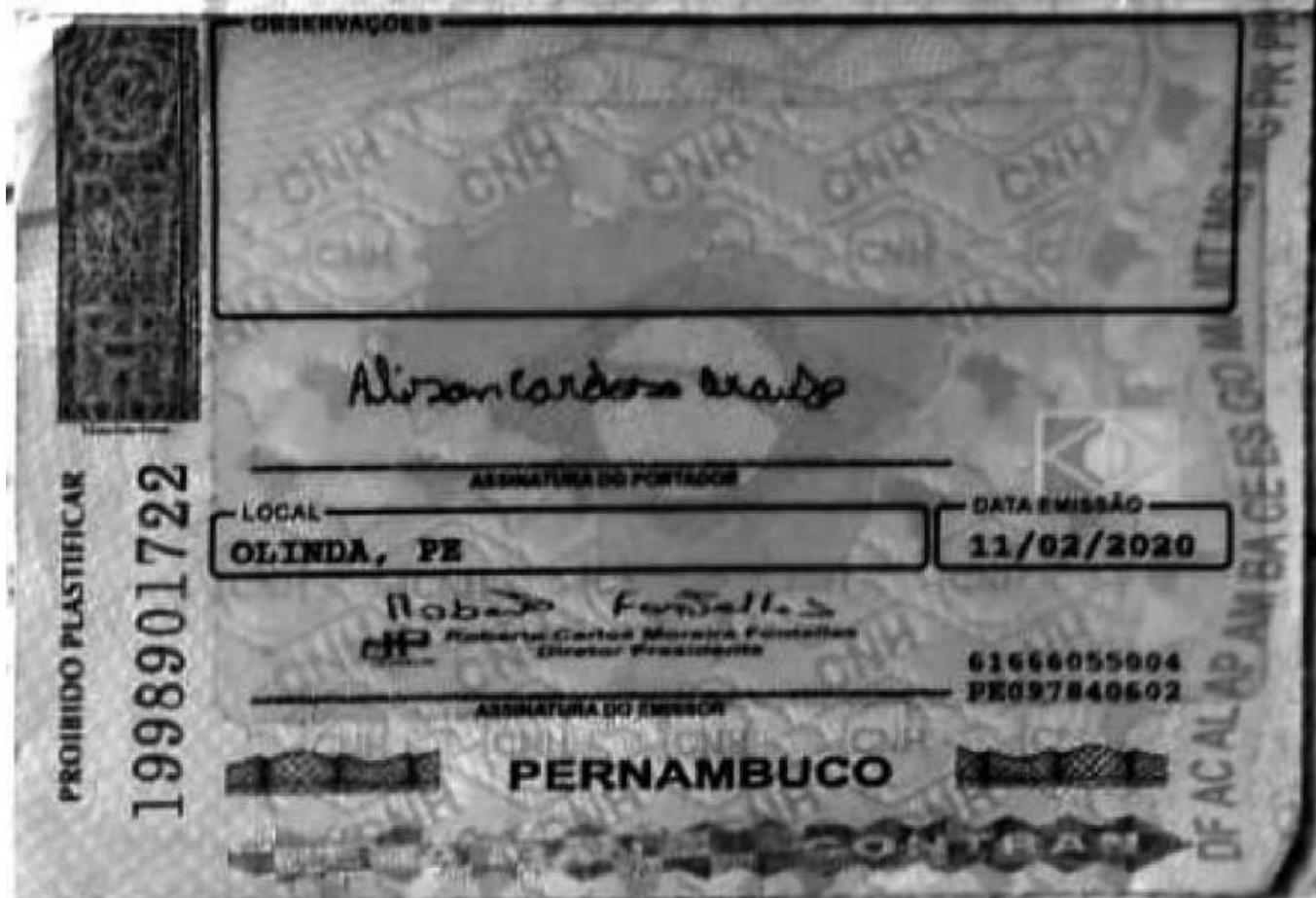




Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 14

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE N° 013432760816
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 1189350980 2019

ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

RECIFE-PE

032-729-924-41 PC85493

***** 022KC2500ER02266

VEÍCULO CONSUMO
FAB. MOTOCICLETA GASOLINA

HONDA/CG 160 START 2019 2019

22/16211 PARTIC DIRETA

1 PLOVA 2010 QUITADO 2 *****

2019 09 01/09/19

50.11 0.22 54.58 01/09/19

SEM RESERVA

Roberto Góes

RECIFE-PE 01/09/19

Roberto Carlos Mazzaré Fontelles

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.216.998/0001-04

PE N° 013432760816 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradora-lider.com.br
SAC DPVAT 0800 802 1364

RECIFE-PE 2019 01/09/19

032-729-924-41 PC85493

1189350980 HONDA/CG 160 START

2019 09 01/09/19

022KC2500ER02266

PRÉMIO TARIFÁRIO

20.05 4.01 40.06

4.15 0.02 54.58

01/09/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.216.998/0001-04

DESTAQUE: E GUARDE O BILHETE DPVAT.

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
 Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 15

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311168/20

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF: 128.648.944-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/03/2020

Titular do CPF: ALISON CARDOSO ARAUJO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

ALISON CARDOSO ARAUJO : 128.648.944-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200391889 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO **Data do acidente:** 28/03/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Ferimento corto contuso no pé direito com lesão neurológica do nervo tibial anterior.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé cavo, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva normal, articulação metatarsofalangeana aos 30°. Apresenta na região observada ausência de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Evoluiu com pé em equino devido lesão neurológica do nervo tibial anterior. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/11/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR: TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, OPTAMOS POR ALTERAR A ESTIMATIVA E ENQUADRAMENTO DA SEQUELA.

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 intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
		Total	37,5 %	R\$ 5.062,50



Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Alisan cardoso nogueira

portador(a) do documento de identidade nº 9.179.449, expedido por SOS. PE, em
29/01/2019 inscrito no CPF sob o nº 128.648.944.08, residente na
Rua Manoel Ocello, nº 460, complemento Casa, Bairro Divis unidas, cidade
Recife, Estado PE.

2. Outorgado Elandro Carlos da Silva Nascimento

portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603, expedido por SOS. PE, em
24/05/2010 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58, residente na
Rua Primitiva e um, nº 26, complemento Casa, Bairro Primavera, cidade
Paudalho, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Divis Unidas Recife 29 de outubro de 2020

Outorgante Alisan cardoso nogueira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0311168/20

Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

CPF: 128.648.944-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/03/2020

Titular do CPF: ALISON CARDOSO ARAUJO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

ALISON CARDOSO ARAUJO : 128.648.944-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos





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 Novembro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200391889 Vítima: ALISON CARDOSO ARAUJO

Data do Acidente: 28/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALISON CARDOSO ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0169/01170 - carta_02 - INVALIDEZ



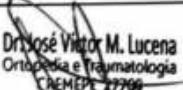
00040585

Carta nº 16284840



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 20

 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco H O S P I T A L Getúlio Vargas</p>			<p>NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS</p> <p>CGC Nº: 10.572.048/0005-51</p>	
<p>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</p>			<p>(03 vias)</p>	
<p>CARTÃO SUS</p>			<p>SENHA:</p>	
<p>NOME DO PACIENTE ALISON CARDODO ARAUJO</p>				
<p>DATA DE NASCIMENTO 11/01/2000</p>		<p>SEXO Feminino</p>	<p>Nº DO REGISTRO 01147000</p>	
<p>NOME DA MÃE ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA</p>				
<p>ENDEREÇO RUA MAMEDE COELHO , N.º 460 - : BAIRRO: DOIS UNIDOS - CIDADE: RECIFE - UF: PE</p>				
<p>Nº</p>	<p>BLOCO</p>	<p>APTO</p>	<p>BAIRRO</p>	
<p>MUNICIPIO</p>			<p>UF</p>	<p>CEP 52140180</p>
<p>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</p>				
<p>HISTÓRIA CLÍNICA</p>				
<p>EXAME FÍSICO</p>				
<p>PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES</p>				
<p>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR</p>				
<p>PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>lmc + desbridamento + Immobilização</i></p>				
<p>Descrição da Clínica/Especialidade ORTOPEDIA/TRAUMATO</p>		<p>Caráter da Internação URGÊNCIA</p>		
<p>Data 29/03/2020  Ortopedia e Traumatologia CNEP/2799</p>		<p>Data</p>		
<p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO</p>				
<p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR</p>				
<p>PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS</p>				
<p>AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR</p>				
<p>NOME DA UNIDADE</p>				
<p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIDADE PELO ENCAMINHAMENTO</p>			<p>DATA DO ENCAMINHAMENTO</p>	
<p>Avenida General San Martin s/n l. Cordeiro Recife/PE c CEP 50.630-060 Fone: 0XX.81.31845600</p>			<p><i>Na Cintra</i></p>	

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
 Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 21



HOSPITAL
GETULIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Nome do paciente:
ALISON CARDODO ARAUJO
Clínica/Leito:

Nº do Paciente:
1147000

Operador: KENNETH LEITE

1º Assistente: FERNANDA MR2

2º Assistente: LUCAS MR1

Instrumentador:

Anestesista: PLANTONISTA

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 29/03/2020

Inicio:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

LMC + DESBRIDAMENTO + IMOBILIZAÇÃO

Operação Realizada:

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia RAQUI!
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento em face dorsal de pé direito com lesão completa de tendão de músculo tibial anterior
- 5) Realizado exploração de lesão, porém, não foi encontrado o coto proximal
- 6) Limpeza copiosa com SF0,9%
- 7) Desbridamento de tecidos desvitalizados
- 8) Sutura de pele com nylon 3,0.
- 9) curativo + tala bota
- 10) observada boa perfusão distal após o procedimento

Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRMESP 27709

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/02/2021 13:42:58
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021513425838100000073725417>
Número do documento: 21021513425838100000073725417

Num. 75226979 - Pág. 22



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <i>Alison Cardoso Araujo</i>	02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE: <i>Adriana Cardoso de Oliveira</i>	CARTÃO SUS: <i>200-328954900003</i>		
CLÍNICA: <i>raum de losic</i>	ENFERMAGEM: <i>702</i>	LEITO: <i>05</i>	Nº DO REGISTRO: <i>1147000</i>
DATA DE NASCIMENTO: <i>11-01-2000</i>	IDADE: <i>20. a</i>	PESO:	ALTURA:
SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>			

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

Período conto contuso p/ P clínico fachada

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Tratamento cirúrgico

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: <i>29/03/2020</i>	DATA DA ALTA: _____	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
---------------------------------------	---------------------	---------------------------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>0415040035</i>	CID: <i>591.3</i>	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD. EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1 CIRURGÃO	<i>Dr. Rômulo Neto</i>	<i>RECORDE MELHOR CRM</i>
2 1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<i>Dr. Arisson Breite</i>	
3 2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<i>Dr. Emmanuel Mello</i>	
4 ANESTESISTA	<i>Dr. Mariana Loy O</i>	
5 Clínico Interventor	<i>Dr. Juri</i>	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	ÓBTO: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVC <input type="checkbox"/> BO: _____

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA: _____	MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM
HGV 1010 V 1.2013.	Avenida General San Martin s/n – Cordeiro Recife/PE – CEP 50.630-060 Fone: 0XX 81 31845600



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 843168

Prontuário: 0001147000

Nome: ALISON CARDODO ARAUJO

Data Nasc.: 11/01/2000

Idade: 20

Sexo: FEMININO CPF: 12864894408

RG: 9179449

CNS: 300 3289 5490 0003

Endereço: RUA MAMEDE COELHO

Nº 460 Bairro: DOIS UNIDOS

Cidade: RECIFE

CEP: 52140180

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 86386562

Nome da Mãe: ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA

Acompanhante: COMPANHEIRO (A) Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Observação: Nº SENHA - 5913332 * PACIENTE QUEIXA-SE DE CORTE PROFUNDO EM DORSO PÉ DIREITO APÓS BATER NO CHÃO IMPINANDO
NOTA:

2 - ATENDIMENTO

Data: 28/03/2020

Hora: 22:45

Queixa Principal/HDA

Paciente vítima de acidente motociclistico com trauma em pé direito e sangramento há 02h. nega tcm náuseas, vômitos ou perda da consciência. nega comorbidades. nega alergias.

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:		Motorista <input type="radio"/>	Passageiro <input type="radio"/>
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:		Sofreu Queda: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO			Por que:	

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pélvica: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Temp.:
Paciente reg, clinicamente estavel, sem queixas			

B: Respiratório:

S/ ALTERAÇÕES

C: Circulatório PA: P脉:

S/ ALTERAÇÕES

D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="radio"/> Anisocôricas <input type="radio"/>
Glasgow: Abertura ocular Score: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

S/ ALTERAÇÕES, G15

E: Abdomen

S/ ALTERAÇÕES

Diagnóstico Inicial: LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ DIREITO

Exames/ Conduta:
SOLICITO RAIO X DE PÉ DIREITO + RX DE TORNOZELO DIREITO
SAT 5000U 01 AMP IM + CEFALOTINA 2G + AD EV

Definição do Caso:
Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta Evadiu-se Alta Transferência

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

Médico

Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedista e Traumatologista
CRMPE 27709

Digitalizado com CamScanner