



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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo Carlos da Silva Mascimeto

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Alison Cardoso Araujo

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

Declaro Profissão: Segurador 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 do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Teriata I e II</u>	Número: <u>26</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Prinaville</u>	Cidade: <u>Paudalho</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>js.assessoria@pe@gmail.com</u>	CEP: <u>55825-000</u>	Tel.(DDD): <u>81.99304.6299</u>

Local e Data: Pis Unidos Recife 29.10.10

Eduardo Carlos da Silva Mascimeto
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



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.535.532/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-03



CELPE
www.celpe.com.br

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
Ouvidoria 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: 128.648.944-08 NIS: 20032895490

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANEDE COELHO 460 A

DOIS UNDOISRECIFE
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

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
14/10/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/10/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
127831034

CONTA CONTRATO
007030560404

Nº DO CLIENTE
2018672193

Nº DA INSTALAÇÃO
000297224

CLASSIFICAÇÃO

**B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**

RESERVADO AO FISCO

9FE7.B5CF.2690.F1C3.3D43.3280.EB24.DB21

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,00	6,10832998	3,34
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,00	6,18570856	7,78
Consumo-TE até 30 kWh	30,00	6,09262775	2,77
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,00	6,15879943	6,66
Multa por atraso-NF 124038908 - 14/09/20			0,43
Juros por atraso-NF 124038908 - 14/09/20			0,09
Atualização IGPM-NF 124038908 - 14/09/20			0,44
Compensação DMIC 03/20			0,18
Correc.Monet. DMIC Mes - 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 IMPOSTO
0,00		0,00	20,46	0,90	0,18
			20,46	4,10	0,85

Tarifas Aplicadas

Consumo-TUSD até 30 kWh	6,10832998
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	6,18570856
Consumo-TE até 30 kWh	6,09262775
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	6,15879943

HISTÓRICO DO CONSUMO

	OUT 20	72
Consumo-TUSD até 30 kWh	72	72
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	76	76
Consumo-TE até 30 kWh	89	89
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	76	76
	JUN 20	106
	MAI 20	103
	ABR 20	107
	MAR 20	109
	FEV 20	95
	JAN 20	90
	DEZ 19	113
	NOV 19	108
	OUT 19	105

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	6,06	43,78
Transmissão	1,27	6,01
Distribuição (Culpa)	6,68	31,45
Encargos Setoriais	0,37	1,81
Tributos	1,83	8,63
Perdas de Energia	2,15	10,13
TOTAL	20,46	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003300600000	CAT	14/09/2020 253,90	14/10/2020 275,90	30	1,80000	0,00	72,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/11/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
			ago/2020		
DIC-Nº de horas sem Energia	SENERBE	0,00	4,55	0,81	19,82
FIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,23	0,47	12,55
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,77	0,68	0,50
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,32
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 18,48

Toda Consumidora pode solicitar a suspensão das Indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI 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 variação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res14/ANEEL), Juros 1%a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
de acordo do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.3, do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 23,06.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Acesse www.celpe.com.br e confira nosso Aviso de Privacidade.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
230	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

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

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 17874942 Feb/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: 017874942

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
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

**HISTORICO DE CONSUMO
 REFERENCIA CONSUMO**

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

PARAMETROS	NUMERO 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 COLIFORMES 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
ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO TOTAL(R\$)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

0,26
 13,22

TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

PERCENTUAL (%)

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 / 9179449](#)

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 atrofia, 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. Nexos 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: 128.648.944-08 4 - Nome completo da vítima: Alisson 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: Alisson Cardoso Araujo 6 - CPF: 128.648.944-08
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Manoel Coelho 9 - Número: 460 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Pais Unidos 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52140-180
15 - E-mail: jo.assessoria@pe@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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: nubank
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 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alisson Cardoso Araujo
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154001316

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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, PROXIMO A ESCOLA NO ALTO JOSE DO PINHO, RECIFE-PE - Bairro: ALTO JOSE DO PINHO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52110-460**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES 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: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 128.648.944-08 4 - Nome completo da vítima: Alisson 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: Alisson Cardoso Araujo 6 - CPF: 128.648.944-08
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Manoel Coelho 9 - Número: 460 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.140-180
15 - E-mail: jo.assessoria@pe@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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Nubank
AGÊNCIA: CONTA: 993462259
(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 a 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 (ou nascidos)? ☐ 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Alisson Cardoso Araujo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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 Cardoso Araujo	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Lírio 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	Perda de função membro com lesão do tendão do músculo flexor profundo do punho, flexor, rotador interno e externo + 57- grau
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias		A	
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.			
LOCAL: Corumbá	DATA: 20/9/20	Victor Crispim Ortopedia e Traumatologia CRM 25144 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 Mello Cordeiro
OAB/RS 210.215/134258381



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 SÓLO. COM SÉRIAS LESÕES FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS NO RECIFE-PE.

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

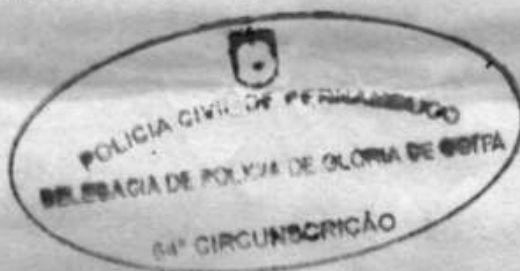
ALISSON CARDOSO ARAUJO
(VÍTIMA)

Alisson Cardoso Araujo

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

[Assinatura]

Severino Evaldo do Nascimento
Comissão Especial de Polícia
Matr. 159.816-3





VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1676416620

NOME

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7963603 SDS PE

CPF
094.568.984-58

DATA NASCIMENTO
26/12/1990

FILIAÇÃO
JOSE CARLOS DO NASCIME
NTO
MARIA ODETE DA SILVA N
ASCIMENTO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04918344208

VALIDADE
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/04/2010

OBSERVAÇÕES
EAR

Evandro Carlos da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
24/05/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

54213449766
PE086093193

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1676416620

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1998901722

NOME
ALISON CARDOSO ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
9179449 SDB PE

CPF
128.648.944-08

DATA NASCIMENTO
11/01/2000

FILIAÇÃO
**ANDERSON DA SILVA ARAUJO
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
A

Nº REGISTRO
07203789676

VALIDADE
05/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
29/01/2019

OBSERVAÇÕES

Alison Cardoso Araujo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
11/02/2020

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**61666055004
PE097840602**

PERNAMBUCO

DFACALAP AMBA G.E.S. CO M. IT. MS. -

Digitalizado com CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013432760816	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	1189250983	2019	
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA			
RECIFE-PE			
022.729.924-41		PC83493	
SC2KC2500KR029268			
PAR MOTOCICLETA		GASOLINA	
HONDA/CG 160 START		2019 2019	
22/162CH		PARTIC PRETA	
IPVA 2019 QUITADO			
11		0.22 44.58 01/03/19	
SEM RESERVA			
RECIFE-PE 01/03/19			
Roberto Carlos Moraes Fontelles			

PE Nº 013432760816 - BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 032 1304			
RECIFE-PE		2019 01/03/19	
022.729.924-41		PC83493	
1189250983		HONDA/CG 160 START	
019 09		SC2KC2500KR029268	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
24.05	4.01	40.06	
4.15	0.22	54.58	
01/03/19		01/03/19	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 19.216.888/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			

Digitalizado com CamScanner

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



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 metatarsosfalangeana aos 30°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, 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 pericrânio 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 poder abaixo transcritos:

1. Outorgante Alison Cardoso Araujo
portador(a) do documento de identidade nº 9.179.449, expedido por SDS-PE, em
29/01/2019 inscrito no CPF sob o nº 128.648.944.08, residente na
Rua - Marede Coelho nº 460
complemento Casa, Bairro Dois Unidos, cidade
Recife, Estado PE.

2. Outorgado Evandro Carlos da Silva Nascimento
portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603, expedido por SDS-PE, em
24/05/2010 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58, residente na
Rua Princesa e um nº 26
complemento Casa, Bairro Primavera, cidade
Paudalho, Estado PE.

Amplios 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.

Dois Unidos Recife 29 de outubro de 2020.

Outorgante Alison Cardoso Araujo

(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
Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS
Data do acidente: 28/03/2020
Titular do CPF: ALISON CARDOSO ARAUJO

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. 01169/01170 - carta_02 - INVALIDEZ

00040585



Carta nº 16284840



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0005-51	
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH		(03 vias)	
CARTÃO SUS		SENHA:	
NOME DO PACIENTE ALISON CARDOSO ARAUJO			
DATA DE NASCIMENTO 11/01/2000	SEXO Feminino	Nº DO REGISTRO 01147000	
NOME DA MÃE ADRIANA CARDOSO DE OLIVEIRA			
ENDEREÇO RUA MAMEDE COELHO, N.º 460 - : BAIRRO: DOIS UNIDOS - CIDADE: RECIFE - UF: PE			
Nº	BLOCO	APTO	BAIRRO
MUNICIPIO		UF	CEP 52140180
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA			
EXAME FÍSICO			
PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR			
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>LMC + desbridamento + Imobilização</i>			
DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE ORTOPEDIA/TRAUMATO		CARATER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	
Data 29/03/2020 Dr. José Victor M. Lucena Ortopedia e Traumatologia CREMEP 27706		Data	
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO		CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS			
AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR			
NOME DA UNIDADE			
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO RESPONSABILIDADE PELO ENCAMINHAMENTO		DATA DO ENCAMINHAMENTO	
Avenida General San Martin s/n e Cordeiro Recife/PE e CEP 50.630-060 Fone: 0XX-81.31845600			

na cirurgia





HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente:
ALISON CARDOSO ARAUJO

Nº do Paciente:
1147000

Clínica/Leito:

Operador: KENNET LEITE

1º Assistente: FERNANDA MR2

2º Assistente: LUCAS MR1

Instrumentador:

Anestesista: PLANTONISTA

Anestesia: RAQUI

Duração:

Data da Operação: 29/03/2020

Início:

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:


DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia RAQUI
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 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
CREMEV 27708

Digitalizado com CamScanner



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Alizon Cardoso Araújo</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: <u>Adriana Cardoso de Oliveira</u>		CARTÃO SUS: <u>200.32895490.0003</u>	
CID: <u>11.01.2000</u>	ENFERMAGEM: <u>1002</u>	LEITO: <u>05</u>	Nº DO REGISTRO: <u>1147000</u>
DATA DE NASCIMENTO: <u>11-01-2000</u>	IDADE: <u>20.a</u>	PESO:	ALTURA:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Fernhaço corte contínuo por P e l não fundiu</u>		SEXO: <input type="checkbox"/> F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>	
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>29.03.2020</u>		DATA DA ALTA:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0415040035</u>		CID: <u>S91.3</u>	CARIMBO/REVISOR:
Cód.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<u>Dr. Romero Neri</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Arisson Leite</u>	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. Emanuel NR2</u>	
4	ANESTESISTA	<u>Dr. Mariana Loyo</u>	
5	<u>Clínico Instrumentador</u>	<u>Dr. Yuri</u>	
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI		<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS 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"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO:	
<input type="checkbox"/> OUTROS:			
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:			
HQV 1010 V 1.2013.		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 50.630-060
 Fone: 0XX81.31845600

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 843168 Prontuário: 0001147000
Nome: ALISON CARDOSO 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

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

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

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Temp.:
Paciente reg, clinicamente estável, sem queixas					
B: Respiratório:					
S/ ALTERAÇÕES					
C: Circulatório	PA:	Pulso:			
ALTERAÇÕES					
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input checked="" type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>			
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: Hora:			
S/ ALTERAÇÕES, G15					
E: Abdomen					
S/ ALTERAÇÕES					
Diagnóstico Inicial: LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÉ DIREITO					
Exames/ Conduta:					
SOLICITO RAO X DE PÉ DIREITO + RX DE TORNOZELO DIREITO					
SAT 5000U 01 AMP IM + CEFALOTINA 2G + AD EV					
Definição do Caso:					
Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input checked="" type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/> Transferência <input type="radio"/>

JOSE VICTOR MADEIRO DE LUCENA - CRM: Nº.27709

Médico

Dr. José Victor M. Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 27709

Digitalizado com CamScanner

