



Número: **0001003-66.2016.8.17.0620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **22/11/2016**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILDO FELISBERTO DE SOUZA (AUTOR)		WAGNER PEREIRA DA SILVA FREITAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84907945	27/07/2021 15:10	<a href="#">2665842_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORESTA/PE**

Processo n.º 00010036620168170620

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILDO FELISBERTO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., tomar ciência quanto à digitalização dos autos.

No mais, requer a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Por fim, requer o prosseguimento do feito com a designação de perícia médica, por ser prova essencial o deslinde da ação.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

FLORESTA, 27 de julho de 2021.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**





Número: **0001003-66.2016.8.17.0620**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Floresta**

Última distribuição : **22/11/2016**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILDO FELISBERTO DE SOUZA (AUTOR)		WAGNER PEREIRA DA SILVA FREITAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84907946	27/07/2021 15:10	<a href="#">2665842_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</a>	Outros (Documento)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039-9

CONTA: 000000002862-2

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO2910201405000000000023706039000000002862168750 PAGO



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014810375 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILDO FELISBERTO DE SOUZA **Data do acidente:** 28/05/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVAÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DELTOIDE DIREITO. CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. TTO CIRURG E ALTA MEDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MANOEL ALVES DE CARVALHO

**CRM do médico:** 8536

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





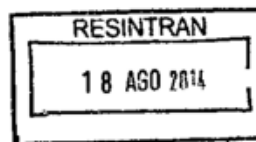
Eu, Gildo Felisberto de Souza

RG nº 7.321.049, data de expedição 07/05/12, Órgão SDS/PE

CPF nº 064.569.834-28, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Fazenda Frazas</u>
Número	<u>8</u>
Apto / Complemento	<u>Casa, Zona Rural</u>
Bairro	<u>Santa Paula</u>
Cidade	<u>Floresta - PE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>56.400.000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 9634-4904</u>
E-mail	<u>11 9634-9291</u>

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: Serra Talhada 29-07-14

Assinatura do Declarante: x Gildo Felisberto de Souza



**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Número do Medidor		Tipo de Função		Anterior		Atual		Nº dias		Constante		Ajuste		Consumo	
Nº	UF	CAT		Data	Leitura	Data	Leitura								
NF3396		CAT		08/07/2014	7337,00	09/07/2014	7431,00	79		100000					99,00

NÍVEL DE TENSÃO		
Tensão	Limite de Variação (%)	
220	20	23

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES			
Descrição	Quantidade	Limite	Limite
DIC - Nº. de horas sem energia	7,92	12,33	24,71
FIC - Nº. de vezes sem energia	3,06	7,97	15,94
DICR - Duração máxima de interrupção de energia	7,84	6,79	0,00
DICR - Duração de interrupção em alta crítica			
Limite DICR: 18,60			

**Informações importantes sobre a conta de energia:**

A partir de 2015, entrou em vigor o sistema de faturamento por ciclo de 30 dias. Neste mês, estamos em vigor a pendência de pagamento em atraso. A partir de 2015, a conta de energia será emitida em 30 dias após o vencimento. O cliente é responsável por manter o pagamento em dia. Em caso de suspensão de fornecimento de energia, o cliente deverá pagar os custos de atendimento. A CELPE é responsável pela entrega de energia de acordo com o artigo 24 da Lei 4.741/10, a partir da próxima conta.

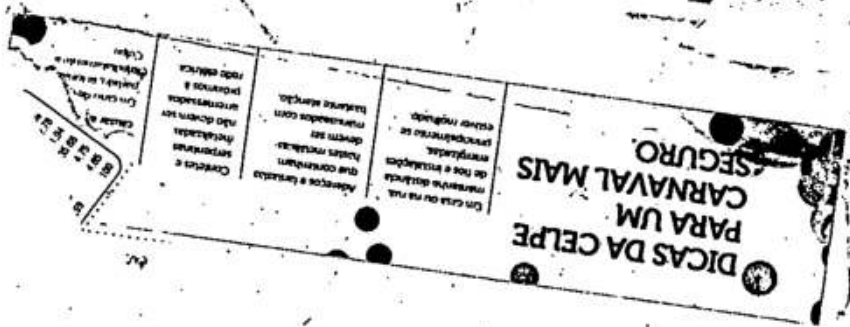


RENATO TAVEIRA DA PAZ  
FZ FRAZAO 8  
RENATO TAVEIRA  
STA PAULA - RURAL/SANTA PAULA  
56400-000 FLORESTA PE



www.celpe.com.br

Conta Contrato: 400503002  
Medidor: NF33966  
Un. Leitura: 03141230  
Sequência: 00008  
Poste: X012073





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**FLORESTA**

ATENDIMENTO MÉDICO AMBULATORIAL DE URGÊNCIA

NOME ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ

CÓDIGO

00012378

ENDEREÇO

RUA ALCINA TORRES DE ARAÚJO

LOCALIDADE

FLORESTA

ESTADO

PE

CEP

56400-000

NOME

Cidelo Felinto de Souza

SEGURADO

IDADE

34

DATA DE NASCIMENTO

16/02/81

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO

LOCALIDADE

ESTADO

PE

CEP

SEGURADO 1 ☐ NESTE CASO NÃO PREENCHER NOME E IDADE

DEPENDENTE 2 ☐ NOME

IDADE

ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

Floresta

LOCALIDADE

ESTADO

PE

CEP

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO (SAM-61)

OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIDADE (admissível em casos excepcionais durante dois dias úteis)

ÓRGÃO EMISSOR

DATA DO ATENDIMENTO

28/05/14

RAÇÃO DO ATENDIMENTO

SIM 1 ☐ NÃO 2 ☐ Nº Vezes

HORA DO ATENDIMENTO

09:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Atendimento Villen de Souza de Souza

Atendimento de Villen de Souza de Souza

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



RESINTRA

18 AGO 2014

898 6030950 9563

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

Obs: Anotar os resultados dos exames complementares realizados.

PROCEDIMENTO

Tuberculose

CID

PROCEDEMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

CÓDIGO

00794975/0177-74

CLÍNICO

5 PSIQUIÁTRICO

9 ACIDENTE EM GERAL

CIRÚRGICO

6 TIPO PNEUMOLÓGICO

10 ACIDENTE DO TRABALHO

3 OBSTÉTRICO

7 ODONTOLÓGICO

4 PEDIÁTRICO

8 OUTRO

MEDICAÇÃO

1 PRESCRITA

1 PARA RESIDÊNCIA

3 INTERMIO

2 APLICADA

2 PARA AMS

4 ÓBITO

NOME DO HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO

CARTÃO CRM OU CRO

ASSINATURA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE

Cidelo Felinto de Souza

INSTRUÇÕES

Preencher corretamente todos os campos sob pena de não ser considerado o atendimento.

Assinar com "X" as questões precedidas de número, marcando a alternativa.

São responsáveis pelo preenchimento o médico ou odontólogo assistente e os diretores da entidade conveniente ou contratada.

Elaine A. de M. Novaes Barros  
Diretora do H.C.A.F.  
Matrícula 21905

HOSPITAL CEL. ÁLVARO FERRAZ  
R. Alcina Torres de Araújo, 33  
Centro - CEP 56400-000  
Floresta - PE

CONFERE COM O ORIGINAL





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014810375 **Cidade:** Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILDO FELISBERTO DE SOUZA **Data do acidente:** 28/05/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/10/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO OMBRO

**Resultados terapêuticos:** DEBILIDADE

**Sequelas permanentes:** LIMITACAO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** OMBRO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Cirurgia Realizada: <i>Fixação de clavícula</i>		N.º do Procedimento:	
Data: <i>04/06/14</i>	Início:	Término:	
Cirurgião: <i>Ebenezer</i>	1.º Auxiliar:	2.º Auxiliar:	Anestesista: <i>Am</i>

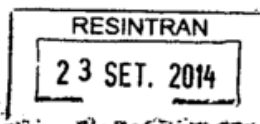
- ① *Am*
- ② *Am + Am*
- ③ *Redução + fixação de FT com uma*  
*de fuso de Kirschner*
- ④ *Am*
- ⑤ *Am*

Dr. Ebenezer A. Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15.122  
CPF: 082.723.544-20

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



\*1004





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**  
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**  
2 - CNES: 2517124  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **Hospital Francisco Anselmo Ltda.**  
4 - CNES: 2517124

**Identificação do Paciente**  
NÚMERO DO DOCUMENTO: 267321079  
NOME ATEND.:  
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 89810130195109563-  
6 - SIS PRENATAL:  
7 - SENHA / REGULAÇÃO:  
8 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2038  
9 - NOME DO PACIENTE: **Bildo Belisberto de Souza**  
10 - DATA DE NASCIMENTO: 19/02/81  
11 - SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem.  
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Zulide Soares de Souza**  
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO): **Rua Praxas - Santa Paula**  
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Floresta**  
15 - COD. IBGE MUNICÍPIO:  
16 - UF:  
17 - CEP:

**19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO**  
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO  
**Tram com pt de clâmico**  
RESINTRAN  
23 SET. 2014

**20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**  
**PT**

**21 - DIAGNÓSTICO INICIAL**  
**pt de clâmico**

**22 - CID. 10 PRINCIPAL**  
**S420**

**23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**

**24 - CID. 10 SECUNDÁRIO**

**25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **pt de clâmico**  
27 - COD. DO PROCEDIMENTO: 04.0801015-0  
28 - CLÍNICA:  
29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:  
30 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF:  
31 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:  
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE:  
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/06/14  
34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO):  
**Dr. Eberone A. Silva**  
**Hospital Francisco Anselmo**  
**CPF: 14.135.551/0001-90**

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**  
35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  
37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO  
38 - Nº DO BEMTE:  
39 - BEMTE:  
40 - BEMTE:  
41 - CHAM DA EMPRESA:  
42 - CBOH:  
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**  
44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO:  
45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR(H):  
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR(H):  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  
**Dr. Luiz Aurélio Carvalho**  
**51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):**  
**281410671861-9**  
MOTIVO DA ALTA: **alta**  
CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **urgência**



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - A488 - Serro Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com

**CLÍNICA****SUS**Número do Registro: 26088Data: 03/05/14**IDENTIFICAÇÃO**Nome: Erildo Felisberto de SouzaIdade: 34Sexo: Mas.Cor: Mar.Estado Civil: Solt.Profissão: AgricultorNaturalidade: FloristaNacionalidade: Brasileiro**Endereço:**Rua: Fazenda Frazão

N.º:

Bairro: Santa PaulaIdade: FloristaEstado: PEFone: 9646-796**Filiação:**Pai: Manoel Felisberto de SouzaMãe: Zuleide Soares de Souza**ANAMNESE E EXAME FÍSICO**

*Tram com 10 de lumbago*

**RESINTRAN****23 SET. 2014**

Hipótese Diagnóstica:

L. de lumbago

Exames Solicitados:

R4

Jr. Eudene A Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.122  
CPF: 882.723.644-20

Condições de Alta

Motivo de Alta

ALTA EM 03/05/14

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014

Carta nº: 5167438

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Sinistro: 2014810375  
Vitima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
Data Acidente: 28/05/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01895/01896 - carta\_01



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



REGISTRO NACIONAL  
7.321.079  
DATA DE EMISSÃO 07/05/2012  
NOME << GILDO FELISBERTO DE SOUZA >>  
NÚMERO << MANOEL FELISBERTO DE SOUZA >>  
<< ZULEIDE SOARES DE SOUZA >>  
NATURALIDADE FLORESTA - PE  
DATA DE NASCIMENTO 19/02/1981  
DOC ORDEM << CN.9891 L.48A F.7 SV CART. FLORESTA-PE 02.03.1999 >>  
CPF 19/02/1981  
ASSINADO ELETRONICAMENTE  
LEI Nº 11.676 DE 2008

RESINTRAN

18 AGO 2014

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO  
12R-01  
CARTÃO DE IDENTIDADE  
Gildo Felisberto de Souza  
FOTO  
IMPRESSÃO DIGITAL



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2014

Carta nº: 5292684

A/C: GILDO FELISBERTO DE SOUZA

Sinistro: 2014810375  
Vítima: GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
Data Acidente: 28/05/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

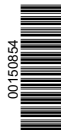
**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

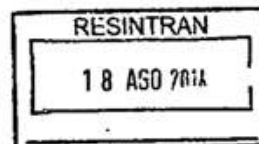
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01707/01708 - carta\_02

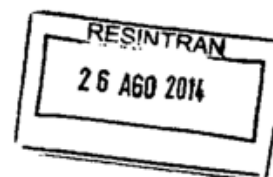






14/692288

DECLARAÇÃO



DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA  
BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME  
DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 20 DE AGOSTO DE 2014

Gildo Felisberto de Souza

GILDO FELISBERTO DE SOUZA



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014810375 - 1  
Nome do(a) Examinado(a): GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
Endereço do(a) Examinado(a): FAZ. FRAZAO nº 08 - SANTA PAULA / Z. RURAL - FLORESTA/PE  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 7321079 - SSP  
Data local do exame: 22/10/2014 BELEM DE SAO FRANCISCO/PE

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

### FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM

☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM

☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

### FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.TTO CIRURG E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM

☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

### DOR ,EDEMA, LIMITAÇÃO ELEVAÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO,HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DELTOIDE DIREITO.CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO ESQUERDO.

IV. Segundo o 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

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### OMBRO ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - BELEM DE SAO FRANCISCO, 22/10/2014

Médico Perito: MANOEL ALVES DE CARVALHO CRM: 8536/PE

  
Manoel Alves de Carvalho  
CRM-PE 8536  
Clínico - Cardiologista

Assinatura do perito Examinador - CRM

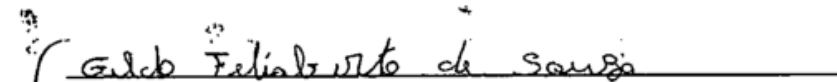


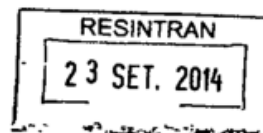
14/69288

# DECLARAÇÃO

Venho por meio de esta pedir que o analista baseado em meu PRONTUARIO CIRURGICO, vejam que eu fiquei com uma sequela fiz cirurgia e estou prejudicado, vocês NEGARAM, peço que vocês peçam uma nova PERÍCIA MÉDICA, por que se eu pago o IPVA todo ano é por que eu tenho DIREITO à receber a indenização pois tem gente que NÃO tem nada de sequela e vocês pagam sem nenhum problema por tanto exijo que vocês peçam a perícia.

Serra Talhada, 18 de setembro de 2014

  
GILDO FELISBERTO DE SOUZA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 187A. CIRCUNSCRICAO - FLORESTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 14E0277000681

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2014 às 11:46

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 28/5/2014 às 20:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - Município: FLORESTA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A FAZENDA NESTOR VALGUERO**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**GILDO FELISBERTO DE SOUZA ( NOTICIANTE )**  
**ZULEIDE SOARES DE SOUZA (TESTEMUNHA )**  
**RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO ( TESTEMUNHA )**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO**

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

**(NOTICIANTE) - GILDO FELISBERTO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino**

**Mãe: ZULEIDE SOARES DE SOUZA; Pai: MANOEL FELISBERTO DE SOUZA Data de Nascimento: 19/2/1981; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

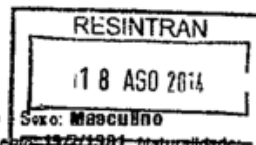
**Documento: 7321073/SDS/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: AGRICULTOR(A);**

**Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 96467962**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL, PROXIMO NESTOR VALGUERO**

**Endereço Comercial: NAO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NAO INFORMADO**



**(TESTEMUNHA) - RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO (presente ao plantão)**

**Mãe: CATARINA ALVES DE CARVALHO; Pai: CLAUDIO DE CARVALHO SOUZA Data de Nascimento: 19/2/1981; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

**Documento: 5721976/SDS/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;**

**Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL**

**Endereço Comercial: NAO INFORMADO**

**Dados Comerciais: NAO INFORMADO**

**(TESTEMUNHA) - ZULEIDE SOARES DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino**

**Mãe: CECILIA SOARES DE SOUZA; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 31/3/1965; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**

**Documento: 4804069/SSP/PE (RG) Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO;**

**Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO**



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

Page 2 of 2

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1, FAZENDA FRAZÃO, 0, ZONA RURAL DE FLORESTA, FLORESTA, PERNAMBUCO, BRASIL  
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO  
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GILDO FELISBERTO DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): RAFAEL DE SOUZA CARVALHO NETO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO  
Cor: CINZA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KK00821 ( PERNAMBUCO / FLORESTA ) Chassi: 9C2JC30708R124240  
Ano Fabricação/Modelo: 2007 / 2008

### Complemento / Observação

A NOTICIANTE COMPARECE A ESTA D.P MUNDO DOS DOCUMENTOS EM ANEXO E GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR PARA INFORMAR QUE NA REFERIDA DATA VINHA DE CARONA NA MOTOCICLETA EM TELA; QUNADO A MESMA DERRAPOU NA PISTA DE AREIA; QUE O MESMO VEIO A SOFRER LESÕES NA CLAVICULA; QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL DE FLORESTA.

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

+ Gildo Felisberto de Souza  
GILDO FELISBERTO DE SOUZA  
(NOTICIANTE)

+ Rafael de Souza Carvalho Neto  
RAFAEL DE SOUZA CARVALHO  
NETO  
(TESTEMUNHA)

Zuleide Soares de Souza  
ZULEIDE SOARES DE SOUZA  
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado pelo policial: DOMICIO MANOEL MARTINIANO PEREIRA - Matrícula: 350850-1

