



Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75970460	26/02/2021 14:31	Microsoft Word - 2695493_RECURSO_APELACAO	Petição em PDF



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

Processo n. 00044331520208172001

ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



PROCESSO ORIGINÁRIO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE / PE

Processo n.º 00044331520208172001

APELADA: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

APELANTES: ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DAS RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,
INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 02/06/2019.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

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

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Ante o exposto, presentes os requisitos legais determinantes da tutela jurisdicional, com arrimo nos fundamentos acima articulados, com base nas disposições constantes da Lei nº 6.194/74 e suas alterações, e nos artigos 487, I, CPC, **julgo PROCEDENTE** o pedido do autor referente à cobrança de indenização relativa ao seguro DPVAT para **CONDENAR** as rés, solidariamente, ao **pagamento da quantia de R\$3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais)**, corrigidos monetariamente a partir da data do acidente, e juros de mora a partir da citação. Condeno ainda a demandada ao pagamento de custas processuais e de honorários de sucumbência arbitrados na base de 20% (vinte por cento) sobre o valor total da condenação, devidamente atualizado monetariamente.

Data vênia, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.

PRINCÍPIO DA VERDADE REAL

Inicialmente cabe informar que a R. decisão monocrática deve ser reformada, ignorar o valor realmente recebido enseja no enriquecimento ilícito da parte Apelada, neste sentido, a Apelante pede vênia para demonstrar julgado paradigma, *in verbis*:

“JUNTADA DE DOCUMENTOS PREEXISTENTES. EXECUÇÃO. VEDAÇÃO DO ENRIQUECIMENTO SEM CAUSA - Ainda que se trate de documentos preexistentes à fase cognitiva, devem ser conhecidos na execução do julgado, se necessários para a observância dos limites impostos pelo título judicial, assim como para evitar o enriquecimento sem causa, vedado pelo ordenamento jurídico. (TRT-5 - AP: 372000320085050194 BA 0037200-03.2008.5.05.0194, 4ª. TURMA, Data de Publicação: DJ 07/06/2011)”.

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



Dentre os princípios constitucionais, mister se faz ressaltar o princípio da verdade real, ressalta-se que observar apenas uma verdade ficta, vai de encontro com os princípios e garantias constitucionais assegurados aqueles que vivem em um Estado Democrático de Direito.

“DECISÃO: ACORDAM os Desembargadores que integram a Nona Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao recurso, nos termos do voto. EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - PAGAMENTO ADMINISTRATIVO ARGUIDO EM RECURSO - ANALOGIA COM O INSTITUTO DA EXCEÇÃO DE PRÉ- EXECUTIVIDADE, EM QUE SE ADMITE A ALEGAÇÃO POSTERIOR DE PAGAMENTO - JUNTADA DE COMPROVANTE DE QUITAÇÃO APÓS A CONTESTAÇÃO - POSSIBILIDADE - PROCESSO QUE BUSCA A VERDADE REAL - MITIGAÇÃO DO ART. 396 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL - AUSÊNCIA DE CONTRARRAZÕES - ADMISSÃO DAS RAZÕES E DO DOCUMENTO APRESENTADO - PLEITO DE COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA - INVALIDEZ PERMANENTE - PERDA PARCIAL INCOMPLETA DO OMBRO E DA MÃO DIREITOS - APLICAÇÃO DO INCISO I DO § 1º DO ART. 3º DA LEI Nº 6.194/74 (COM AS ALTERAÇÕES TRAZIDAS PELA LEI Nº 11.945/2009)- SEGURADORA QUE PAGOU ADMINISTRATIVAMENTE VALOR MAIOR DO QUE AQUELE RECONHECIDO COMO DEVIDO - IMPROCEDÊNCIA DA PRETENSÃO AUTORA - SENTENÇA REFORMADA - INVERSÃO DOS ÔNUS DA SUCUMBÊNCIA - RECURSO PROVIDO. (TJPR - 9ª Cível - AC - 1316496-0 - Cascavel - Rel.: Domingos José Peretto - Unânime - - J. 26.02.2015) - (TJ-PR , Relator: Domingos José Peretto, Data de Julgamento: 26/02/2015, 9ª Câmara Cível)”

Ademais, a formulação do pedido administrativo implica necessariamente na apresentação de toda a documentação legalmente exigível. A análise dessa documentação, compreendida no procedimento denominado *“regulação do sinistro”*, é efetuada pela SEGURADORA A QUEM O PLEITO FOI DIRIGIDO ou por empresas especializadas, que atuam por delegação da seguradora.

Dessa breve explanação, deduz-se facilmente que a seguradora reguladora do sinistro, tão somente a Seguradora acionada na via administrativa que efetuou pagamento de verba indenitária no valor de **R\$ 3.881,25 (TRÊS MIL E OITOCENTOS E OITENTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**, vejamos:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.881,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000611659-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1402202005000000000023702530000000611659388125 PAGO

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



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

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

E, a fim de que o processo seja justo (como é exigência do Estado Constitucional), é necessário que esteja regulado para a produção tendencial de decisões justas, ou seja, é necessário, para que o processo seja justo, que busque a verdade de forma idônea, por isso requer seja considerado o processo administrativo já apresentado nos autos, o qual dispõe sobre o pagamento administrativo em favor da parte Apelada a título de indenização do seguro DPVAT.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja reconhecido o pagamento administrativo realizado no valor de **R\$ 3.881,25 (TRÊS MIL E OITOCENTOS E OITENTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)** e **consequentemente a improcedência do pedido por quitação administrativa.**

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **ARUANA SEGUROS S/A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**, em curso perante a **9ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00044331520208172001.

Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75970461	26/02/2021 14:31	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

18/02/2021

<https://www2.tjepe.jus.br/darj/2grau/impressao.asp>

 PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 18/2/2021 11:35:51
03 - NÚMERO DA GUIA I 2021703446	04 - CONTRIBUINTE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT-CPF:09.248.608/0001-04		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0004433-15.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 14.273,82
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
	101	Julg. civil em grau de recurso	273,37
	201	Taxa Judiciária	142,74
Este tipo de DARJ (CUSTAS DIVERSAS) NÃO poderá ser utilizado para custas iniciais do 1º grau.			14 - VALOR TOTAL: 416,11

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85880000004 0 16110073202 8 10218012701 5 20217034460 5

 PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 18/2/2021 11:35:51
03 - NÚMERO DA GUIA I 2021703446	04 - CONTRIBUINTE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT-CPF:09248608000104		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0004433-15.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 14.273,82
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
	101	Julg. civil em grau de recurso	273,37
	201	Taxa Judiciária	142,74
13 - ASSINATURA DO DISTRIBUIDOR			14 - VALOR TOTAL: 416,11

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85880000004 0 16110073202 8 10218012701 5 20217034460 5

 PODER JUDICIÁRIO TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO DE RECEITAS JUDICIÁRIAS - DARJ		01 - BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL	02 - CÓD. UNID. CARTORÁRIA Processo Judicial Eletrônico TJPE Recife - 127 05 - DATA DE EMISSÃO 18/2/2021 11:35:51
03 - NÚMERO DA GUIA I 2021703446	04 - CONTRIBUINTE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT-CPF:09248608000104		
06 - NATUREZA DA AÇÃO		07 - Nº DO PROCESSO 0004433-15.2020.8.17.2001	08 - VALOR DECLARADO 14.273,82
09 - CÓD. DO ATO	10 - QUANT.	11 - OBSERVAÇÃO	12 - VALOR COBRADO
	101	Julg. civil em grau de recurso	273,37
	201	Taxa Judiciária	142,74
13 - ASSINATURA DO DISTRIBUIDOR			14 - VALOR TOTAL: 416,11

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

1ª VIA - BANCO

2ª VIA - UNIDADE CARTORÁRIA AUTOS

3ª VIA - CONTRIBUINTE

85880000004 0 16110073202 8 10218012701 5 20217034460 5



Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO 22/02/2021	AGÊNCIA (PREF / DV) 0	Nº DA CONTA JUDICIAL 0
DATA DA GUIA 22/02/2021	Nº DO PROCESSO 00044331520208172001	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL	
UF/COMARCA PE	ORGÃO/VARA Vara Cível	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 416,11
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA	TIPO DE PESSOA FÍSICA	CPF / CNPJ 08173950407	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 8BFE81BC4655DED4			
CÓDIGO DE BARRAS 85880000004 0 16110073202 8 10218012701 5 20217034460 5			





Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75970462	26/02/2021 14:31	ANEXO 2	Outros (Documento)



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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0166701668 - carta_31 - INVALIDEZ

00260834



Cartão 14794581





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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526723

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Cartão 14928193

Pág. 0195701953 -cartão_01 - INVALIDEZ

00320979





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AQL:

3 - CPF da vítima: 081.739.504-07

4 - Nome completo da vítima: Joice Allison de Araújo Brito

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 646/2013

5 - Nome completo:

Joice Allison de Araújo Brito

6 - CPF: 081.739.504-07

7 - Profissão:

Nenhum

8 - Endereço:

Imunha osloa tubina

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Camuim de São Félix

13 - Estado:

UE

14 - CEP:

55665-000

15 - E-mail:

Nenhum

16 - Data (AAAA-MM-DD):

11/09/2019-6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.000,00 A R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$2.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os serviços atrelados. Anote uma opção)

☐ Banco (237)

☐ Ita (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: RBC

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

2530

5

CONTA:

611659

0

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

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 - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o encaminhamento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em meu entender, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, nos termos do art. 2º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou remissão ao direito de contestar, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do (do) acidente:

25 - Estado de residência com a vítima:

26 - Vítima deixou companhia(s):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou companhia(s):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou companhia(s):

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte somente beneficiários que se apresentarem a qualquer tempo, estando ciente, ainda, de que qualquer erro ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 205 do Código Penal.

34 -

35 - Nome legível de quem assina a requisição:

36 - CPF legível de quem assina a requisição:

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

Assinatura de testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

05.100.000-00

Assinatura de testemunha

40 - Local e Data: Camuim de São Félix, 01/08/2019

Assinatura de vítima/beneficiário (devidor)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2013



05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/2019
Rua Da Aurora, Nº 175, 2º 902 Bl. A
Boa Vista - CEP 51060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/05/2019
Rua Da Aurora, Nº 175, 2º 902 Bl. A
Boa Vista - CEP 51060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





Bradesco

Débito

5090 9125 1569 2206

04/21

VALIDO ATÉ

2530 5

AGÊNCIA DIG

0671859 0

CONTA

DIG

VIA

002

TIPO

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

el

05/2021 01/01/2021-41

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

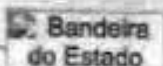
01-41
ORA
TUA

BL 902 BL. C
500-010



09/07/2019

Boletim de Ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000377

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINO ANA DE ARAUJO** Pai: **JOSE SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **27/7/1987** Nacionalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7969462/SDS/PE (RG)** **08173550407 (CPF)** **04419795005 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **FRENTISTA** Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA ANA ARAUJO** Pai: **JOSE SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **26/5/1992** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8530527/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Placa: **KK09710** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **514085449** Chassi: **9BGXP19X04C121703**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2004** Combustível: **GASOLINA**

file:///C:/Users/Polista civil/Desktop/BOEPreview.html

Scanned by CamScanner



Complemento / Observação

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

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

João Alisson de Araujo Bezerra

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

(VITIMA)

Aiza Rafaela de Araujo Bezerra

AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

(OUTRO)

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



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/20

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C

São Félix - CEP: 52.060-010

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/5/20

Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL. C

São Félix - CEP: 52.060-010





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

081.739.504-07

José Alisson de Araújo Sobrinho

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

5 - Nome completo:

José Alisson de Araújo Sobrinho

081.739.504-07

7 - Profissão:

Nenhum

8 - Endereço:

Tramanda, 05000-000

9 - Nome:

José

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Tramanda, RS

13 - Estado:

RS

14 - CEP:

91200-000

15 - E-mail:

Nenhum

16 - Telefone:

(51) 99704-6399

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CORTA:



RECUZO INFORMAR



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



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPOANÇA (somente para os bens do Análise de Crédito)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)☐ Bradesco (B307)☐ Nao (B301)

Nome do BANCO: BNB

☐ Banco do Brasil (B001)☐ Caixa Econômica Federal (B004)

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

2530

CONTA:

611659

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve incapacidade de trabalhar a partir do acidente do DPVAT Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalei uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civ) ☐ 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 trabalhou?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Sim

Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

Sim

Não

31 - Vítima morreu?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Declaro, em nome da Seguradora Líder, que, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte líquida beneficiária (ou de apuramento e pagamento) esta condição, estando certa, 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 legal de quem assina a requisição:

36 - CPF legal de quem assina a requisição:

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição:

38 - 1ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome:

CPF:

05.802.494/0001-41

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data:

Tramanda, RS, 01/08/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (diferença):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019

Scanned by CamScanner





2000

Num. 75970462 - Pág. 9

[illegible]

05.802.494/0001-41
 ASSINATURA DO RECEBENTE DO VALOR DE R\$ 1.000,00 (MIL REAIS) EM FAVOR DE
 R\$ 1.000,00
 ASSINATURA DO RECEPTOR
 Rua da Moura, 101 L75, 54.902-81
 São Paulo - CEP 04.060-010
 05 111 7119

Scanned by CamScanner



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1395328478

 **IMPRIMIR**

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50060-902
CNPJ: 10.835.992/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0006943-N



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0638129 PRONTIDÃO 0800 0818194
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 282 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0187
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE SEVERINA ANA DE ARAUJO	DATA DE VENCIMENTO 22/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/07/2019	CONTA CONTRATO 7013777416
ENDEREÇO TV OSCAR EUGENIO 62 - CENTRO/CAMOCIM DE SAO FELIX - 55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 47,23	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 13/06/2019 a 15/07/2019	CONSUMO 26	NÚMERO DA NOTA FISCAL 069574717	

PERÍODO CONSUMO 13/06/2019 a 15/07/2019	CONSUMO 26
---	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor da Imposto R\$ 0,00

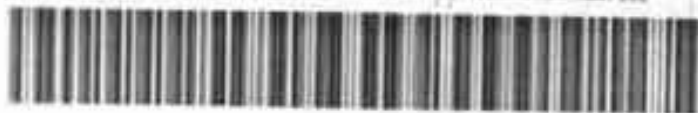
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

CONTA CONTRATO 7013777416	MES/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 47,23	VENCIMENTO 22/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838200000002 472300110076 013777416109 140476287630



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
11 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 Bc, I
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner
Scanned by CamScanner



Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aiza Rafaela de Araújo Biserra

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

Órgão SDS, portador do CPF 094.428.274-13, com

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

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

Veículo: Automóvel

Modelo: Gm/Libra Sedan

Ano: 2003

Placa: KKG 9710

Chassi: 9BGVF19X04C131702

Data do Acidente: 02/06/2019

Local e data do cartório: Paracatu de São Felix, 15-07-2019

Aiza Rafaela de Araújo Biserra

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11-07-2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902-86, C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SERVENÇA REGISTRAL E NOTARIAL DE PARACATU DE SÃO FELIX	
TITULAR: DANIEL BARBOSA DA SILVA	
Telefone: (81) 3781-1234	
Reconheço por Autenticidade a assinatura de AIZA RAFAELA	
DE - APACUO	DESENHO - DIA 14, Incl: R\$ 5,47 TEND: R\$0,80
PERC: 2,40	PERC: R\$ 0,04; FUND: R\$ 0,00; INC: R\$ 0,12
total: R\$ 4,21	Em torn: _____
Apelido: de Araújo Biserra - Tabela Substituta.	
Selo: 007506-15030001-0006 15/07/2019 11:27:27	
Comissão autenticada pelo Tabelião de São Felix - Pernambuco	

Inscrição de São
Tabelião Registrado

Scanned by CamScanner



Identificação	Médico Regulador		TARJ		Operador de Sina																									
	Data		Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade Mista																								
	Endereço da ocorrência		Nº																											
	Bairro		Município																											
	Ponto de referência																													
	Nome da vítima		Estado Sexo																											
Solicitante / Fuga		Cartão de saúde - SUS																												
Queixa																														
Consultação		Saída do local	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino																								
☐ Transferência (sem): ☐ Tipo de Agravar: ☐ Acidente de trânsito ☐ Poluição ☐ Queda de veículo ☐ Passageiro de veículo ☐ Agravado ☐ Clima ☐ Desastres / Intoxicações ☐ Antecedentes: ☐ Alergia ☐ Agravado ☐ Alergia ☐ AVC ☐ Cirurgias anteriores ☐ Exame Clínicos: ☐ Presença sintomas / Queixas ☐ Agitação/ansiedade ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso ☐ Clima ☐ Início das Sintomas: ☐ Menos de 1 hora ☐ 1 a 3 horas ☐ Entre 4 e 6 horas ☐ Entre 24 horas ☐ Não sabe ☐ Dados Vitais: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Idade</th> <th>PA</th> <th>Pulso</th> <th>FR</th> <th>Temp. Axilar</th> <th>Glicemia</th> <th>Saturação O₂ %</th> <th>Estado de Consciência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>140 x 100</td> <td>105</td> <td>70</td> <td></td> <td>100</td> <td>98%</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Flac.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Idade	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Estado de Consciência		140 x 100	105	70		100	98%	15	Flac.							
Idade	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Estado de Consciência																							
	140 x 100	105	70		100	98%	15																							
Flac.																														

RESPIRAÇÃO:
Via Aérea:
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Drenagem Aspiração
☐ Queda de Glote
☐ Outros
 Artéria: ☐ Cefaléia ☐ Dor no Tórax ☐ Exantema maculopapular ☐ Erupção ☐ Sinais vitais ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:
Pele: ☐ Branco ☐ Rosa ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐ Preto ☐ Outros
 Edema: ☐ Ausente ☐ Presença ☐ Localizado ☐ Generalizado
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Frouxo ☐ Forte ☐ Ausente
 Auscultação: ☐ Normal ☐ Alterada
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado

Respiração/Ventilação:
☐ Espontânea
☐ Positiva Respiratória
☐ Artificial
☐ Ritmo Irregular

Artéria:
☐ Normal
☐ Anomalia
☐ Obstrução
☐ Dilatação
☐ Ausência

Exantema:
☐ Erupção
☐ Sinais vitais
☐ Outros

05.802.494/0001-41
 RACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 05.802.494/0001-41
 RACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 05.802.494/0001-41
 RACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Principais Lesões	Cérebro	Fuor	Pericérebro	Dura	Tórax	Abdômen	Pelve	NE	MI
Amiotrofia								E	D
Convulsão								E	D
Exantema								E	D
Extrapneumonia								E	D
Perforação								E	D
Convulsão								E	D
Fract. Fechada								E	D
Fract. Aberta								E	D
Laceração								E	D
Laceração								E	D
Quemadura 1º								E	D

OBSERVAÇÕES:

Atenção: O paciente apresenta sinais de desidratação, com pele seca e mucosas ressecadas. O exame físico não detecta alterações significativas no sistema cardiovascular, respiratório e gastrointestinal. O paciente permanece estável, sem alterações de nível de consciência.

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Desorientação
☐ Coarctação
☐ Convulsão
☐ Exantema
☐ Extrapneumonia
☐ Perforação

- ☐ Otorrria Esquerda
☐ Otorrria Direita
☐ Otorrria Esquerda
☐ Otorrria Direita
☐ Otorrria Esquerda
☐ Otorrria Direita
☐ Otorrria Esquerda
☐ Otorrria Direita

- ☐ Músculo Direito
☐ Músculo Esquerdo
☐ Músculo Direito
☐ Músculo Esquerdo
☐ Músculo Direito
☐ Músculo Esquerdo
☐ Músculo Direito
☐ Músculo Esquerdo

- ☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro

SEGMENTO:

- ☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro
☐ Pericérebro

- Abdômen:**
☐ Distensão
☐ Ausência
☐ Distensão / Ausência
☐ Distensão / Ausência
☐ Distensão / Ausência
☐ Distensão / Ausência
☐ Distensão / Ausência
☐ Distensão / Ausência

- Otorrria:**
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria
☐ Otorrria

QUÍMICO-ORBITÁRIO:

- ☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante
☐ Abundante

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Desobstrução Vias Aéreas

Diagnósticos:

TRATAMENTO:

Tratamento	Medicamento	Dose	Via	Observação
Tratamento	Medicamento	Dose	Via	Observação
Tratamento	Medicamento	Dose	Via	Observação
Tratamento	Medicamento	Dose	Via	Observação
Tratamento	Medicamento	Dose	Via	Observação

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UNICOR

MUNICÍPIO: Yaguajay

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCENTES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor
Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor
Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

ROUPE:

Médico Registrado	Médico da visita	Exatidão / Anx. / Têc. de Exatidão	Código
Médico Registrado	Médico da visita	Exatidão / Anx. / Têc. de Exatidão	Código
Médico Registrado	Médico da visita	Exatidão / Anx. / Têc. de Exatidão	Código

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que não recuso o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: 1 Assinatura: 05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

0001/14 - 0001/14 (0) 3708-0000

11 SET 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 901 BL. 1
Box 100 - CEP: 50.060-010

Scanned by CamScanner



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

Nome do Paciente: <i>Jon. Il. Gomes de Sá Junior, Bizarro</i>	
Quadro Clínico: <i>Paciente em tratamento de acompanhamento de 1 hora</i>	
Diagnóstico: <i>Pat. em investigação</i>	
Auxiliar Responsável:	COREN:

REMOÇÃO		
Destino: <i>Hosp. Reg. de São Félix</i>	Município: <i>Camocim</i>	Hora de saída: <i>02/06/19</i>
Motivo (Registro detalhado):		Hora de chegada:
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

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

Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	05.802.494/0001-41
Especificação do atendimento prestado:	TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:	Data:
0001-41 - Gráfica Lacerda (PJ) 01/06/2019		
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C		
Boa Vista - CEP 50.060-010		
RECIFE-PE		



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENÇÃO: 738144

Prontuário: 1121312

Nome: JHERISON DE ARAUJO REZERRA

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: T00009464/00403

RG: 7160463

Nº 62

Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS

Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX

Estado: PE

CEP: 55000000

Fone: 08531403

Profissão:

Nome da Mãe: SILVANA ANA DE ARAUJO

Nome do Pai: RAFAELA

Nome do Cônjuge:

Nome da Prótese: AMBULATORIO

Nome do Médico:

Prontuário: ACCIDENTE AUTOMOBILISTICO EM CIRCUNSTÂNCIAS DE URGÊNCIA DE EVOLUÇÃO COM DOR TORÁCICA

Estado de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

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

Queixa Principal: HDA. Paciente com história de esmagamento no dia 04/05/21 com

trauma no tórax, dor no tórax esquerdo e fratura de punho esquerdo. Queixa

há 5 dias com dor súbita nos membros inferiores, dor no abdômen e dor

na cabeça. Não febre e outros sintomas. História de trauma.

História do Trauma

Local do Conhecimento: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Local de Trabalho: Sim ☐ Não ☐ Tipo

Motorista ☐ Passageiro ☐

Local: Sim ☐ Não ☐ Tipo

Local de Impacto

Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura

Local de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo

Transporte Realizado por

Transporte: Sim ☐ Não ☐ Por

Por que

Indicador de mobilização adequada: Sim ☐ Não ☐

Intervenções

Sinais Físicos:

Corar

Via aérea está permeável Sim ☐ Não ☐ Paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp

ECG, comecando, orientado, anamnese, exame físico, exames laboratoriais,

hemograma, diurese.

Respiratório

marc. em 24h. D. 60, 480/100 cm 1/2 inchaço de HTD, 15/10

FR 17

Sat. 91% em cat. O2

Circulatório PA 130 x 100 mm

Puls. 85 bpm

Fez um 21c. Bate 515

Exames Neurológico

Deficiência motora MBD ☐ MSE ☐ TMD ☐ ME ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Argum. Abertura Ocular

Glasgow Resposta Verbal

Glasgow Resposta Motora

Score: 4

Score: 5

Score: 6

Hora: 9:45

Hora: 9:45

Hora: 9:45

05.802.494/0001-43

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494

05.802.494/0001-43

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

05.802.494

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 52060-010

05.802.494

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 52060-010

05.802.494

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 739144

Prontuário: 1101373

Nome: JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data Nasc.: 27/07/1987

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: 00173950407

RG: 7959452

CNS: 700009464390403

Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS

Nº: 62

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX

Estado: PE

CEP: 55855000

Fone: 98921403

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO

Responsável: RAFAELA

Nome do Conjugado:

Local de Procedência: AMBULATORIO

Exame: CILINDRICA GERAL

Exatidão: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 20/05/2019 FRATURA DE UMBILICO ESQ. E PUNHO ESQ. COM DOR TORACICA

Contato de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 05/05/2019 HORA: 09:13 H Médico:

Queixa Principal: HDA. Paciente com história de caimento no dia 02/05/19 com fraturas e luxação de ombro esquerdo e fratura de punho direito. Fica no S. DIA com dor intensa sob os pontos de fixação, associado a dor torácica. Não fuma e não bebe álcool. Não possui doenças crônicas.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐	Espasmo Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Exatidão de Trabalho: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐ Passageiro ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	
Modo de Impacto: Sim ☐ Não ☐	Local de Impacto:	
Estado de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Transporte: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte Realizado por: Por que
Condições de Imobilização empregadas: Sim ☐ Não ☐		
Observações:		

Exame Físico

General: Via aérea está permeável. Sim ☒ Não ☐ O paciente fala. Sim ☒ Não ☐ Temp: Cº
BOB, consciente, orientado, anictérico, hidratado, normotensivo, normotérmico, normopulso.

B: Respiratório

MMT em AIT, DITO, ABOLOO CM X INFERIOR 2º HTD, SMO
FR: 17 SpO2: 99% com CO2 O2

C: Circulatório

IPA: 130 x 100 mmHg Pulso: 85 bpm
Ref. Vm 21, Bm 515

D: Exames Neurológico

Definição motora MSQ: ☐ MSQ: ☐ MDI: ☐ MIE: ☐	Pupilas: reacionais ☐ Anisocóricas: ☐
Glasgow: Abertura Ocular: 4	Glasgow: Resposta Motora: 6
Escore: 9	Escore: 10

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURANCA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Paulo Henrique de Almeida</u>		CARTÃO SUS: _____	
CLÍNICA: _____	ENFERMARIA: _____	LEITO: _____	Nº DO REGISTRO: <u>13970</u>
DATA DE NASCIMENTO: _____	IDADE: _____	PESO: _____	ALTURA: _____ SEXO: ☐ F ☒ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Luxação lateral da articulação do ombro direito</u>			
COMORBIDADE: _____			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Artroscopia</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>01/02/19</u>		DATA DA ALTA: <u>03/02/19</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		CID: _____	
CARGO DO RESPONSÁVEL: _____		CARGO DO REVISOR/FATURAMENTO: _____	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRÚRGICO	<u>Dr. Silva</u>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE	☐	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>paciente transferido de outro hospital para tratamento no Hospital Getúlio Vargas</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		05.802.494/0001-43 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA.	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>Luxação lateral da articulação do ombro direito</u>		05.802.494/0001-43	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:		Rua da Aurora, nº 175, 51.902-91, J. 1 20130-102 - CEP 51.902-910	
MOTIVO DA ALTA:	☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA	ÓPTO:	MOF-P
	☐ OUTROS: _____	☐ ML ☐ IVC ☐ BO:	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/CLÍNICA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
05.802.494/0001-43 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		11/02/19	
DATA: _____		ASSINATURA RESPONSÁVEL	
HAB-1808V.1/2018		Assessoria Social Ser. Assistência - Conselho Faturamento - CEP 51.902-910 Fone: 0800.81.0144/000	

Scanned by CamScanner



CONSULTA	0301010170		RAIO X	
GLOBULINA	0202080209		ANTEBRAÇO	0204040019
AC. URICO	0202010120		ABDOMEN SIMPLES AP	0204060138
ALBUMINA	0202010827		ABDOMEN AP+LATERAL	0204060111
			BACIA	0204060088
BILIRRUBINA	0202010201		BRACO	0204040081
CALCIO	0202010210		COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010280		CALCANEO	0204060109
COLESTEROL	0202010285		COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317		CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080		CRANIO PA+LAT+OBLI	0204010071
DESIDROGENASE	0202010368		COXA	0204060117
GAMA	0202010488		COL. TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010722		CLAVICULA	0204040060
GLICOSE	0202010643		FACE	0204010144
HEMOCULTURA	0202080153		FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380		JOELHO	0204060133
HEMOGLOBINA	0202020304		JOELHO AP+LATERAL	0204060128
LEUCOGRAMA	0202020398		MÃO	0204040088
LCR	0202090600		OMBRO	0204040116
FOSFORO	0202010430		PE	0204060150
FOSF. ALCALINA	0202010422		TORAX AP	0204030170
MAGNESIO	0202010862		TORAX AP E PERFIL	0204030153
MILOGRAMA	0202090191		PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010570		PERNA	0204060168
PARASITOLOGICO	0202040127		MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030202		ULTRASSONOGRAFIA	
PROT. TOTAIS	0202010619		ABDOMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072		ABDOMEN TOTAL	0206020048
POTASSIO	0202010600		TORAX	0205020136
SODIO	0202010636		PELVICA	0206020180
TSTC	0202020488		TRANSVAGINAL	0206020186
TEMP SANG.	0202020100		BOLSA ESCROTAL TIREOIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070		TIREOIDE	0205020127
TRIGLICERIDEOS	0202010678		MAMA	0206020097
TGO	0202010643		PRÓSTATA	0205020115
TGP	0202010681		VIA URINÁRIA	0205020084
TPAE	0202020487		TOMOGRÁFIA	
UREIA	0202010634		COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110		COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
			COLUNA TORÁCICA	0206010036
CONC. HEMACIA	0306020068		FACE	0206010044
CONC. PLASMA	0306020108		PRESCOÇO	0206010062
CONC. PLAQUETA	0306020078		SELA TURCICA	0206010080
PRÉ TRANSF. I	0212010026		CRANIO	0206010073
PRÉ TRANSF. II	0212010034		COMPUTADORIZADA	0206010087
			MEMBROS SUPERIORES	0206020015
NEBULIZAÇÃO	0301100101		SEG. APENDICULARES	0206020023
HISTOPATOLOGICO	0203020030		TORAX	0206020031
EDG	0211020038		ABDOMEN SUPERIOR	0206030010
EDA	0209010037		MEMBROS INFERIORES	0206030029
FUNÇÃO	0401040019		PELVE/BACIA	0206030037
TRAÇÃO	0408050098		FISIOT. RESP.	0302040021
			FISIOT. MOTORA	0308020030
			CURATIVO	0401010016

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 107, 5º Andar
 Boa Vista - CEP: 51060-000

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 107, 5º Andar
 Boa Vista - CEP: 51060-000

Scanned by CamScanner



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVICO DE CIRURGIA GERAL

Alta Hospitalar

Nome: José Nelson de A. Bezerra

Registro: 1121377

Data de Internamento: 01/07/19

Data de Alta: 07/07/2019

Equipe cirúrgica

- Operador: MARIANA ESTANISLAU

Diagnóstico Pré-operatório: Hemotórax à direita em pulmão direito

Tipo de operação: Drenagem de torax em tórax d'água

Diagnóstico pós-operatório: hemotórax à direita em pulmão direito

Data da cirurgia: 28/06/19

Achados cirúrgicos:

- Saída de conteúdo semi-hemático

História Clínica

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

Admitido na enfermaria de cirurgia geral para investigação. Realizado tomografia de torax (04/07/2019), que evidenciou presença de opacidade pulmonar, porém com área espalhada. Hoje, 05/07/2019, paciente evolui com bom estado geral, com melhora em ausculta pulmonar. Foi discutido, em reunião clínica, tratamento conservador com fisioterapia respiratória. Desta forma, prescreve alta para paciente hemodinamicamente estável, respirando em ar ambiente.

Orientações:

- Retornar ao ambulatório de Dr. Valdo Bezerra em 15 dias após alta.
- Prescrever Oxicodona 50mg de 1 em 8 horas.
- Usar todos os medicamentos conforme prescrição médica.
- Retornar com o paciente após 10 dias da cirurgia em posto de saúde mais próximo da residência.
- Em caso de piora clínica procurar o serviço de emergência mais próximo da residência.

05.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

11/07/19

Valdo Bezerra, R. 12, A. 101, B. 1
Vila São João, 13040-000

Médec

Assinatura: 05/07/2019

05.802.494/0001-41
FRAÇÃO CORRETORA
DE SEGURANÇA

05/07/19

Valdo Bezerra, R. 12, A. 101, B. 1
Vila São João, 13040-000





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Atendimento: 739425	Nº AIN:
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA		Prontuário: 1121373	
Data Nasc.: 27/07/1967	Idade: 31	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDAS
CPF: 08173555407	RG: 7508462	CNS: 700009404395403	Religião:
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS		Nº: 52	
Bairro: CENTRO	Cidade: CAMOCHIM DE SAO FELIX	Estado: PE	
CEP: 55065000	Fone: 98831403	Profissão:	
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO			
Nome do Conjuge:			
Nome:			
Parentesco:	RG:	Fone: 98831403	

INTERENAR PARA	
Clínica: CLÍNICA GERAL	Prestador: 1
Unidade de Internação:	Leito: CLCA 207-03
Diagnóstico Inicial	
(Constante do Laudo Médico): <i>Demência de início tardio</i>	CID: _____
Procedimento Solicitado: <i>Exame físico e neurológico</i>	COD: _____
Procedimento Realizado: <i>Exame físico e neurológico</i>	COD: _____

SEQ	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	Cirurgião		
2	1º Auxílio Cirúrgico	MRS. Juliana R. R. R.	
3	2º Auxílio Cirúrgico		
4	3º Auxílio Cirúrgico		
5	Demais Auxílio Cirúrgico		
6	Anestesiista		
7	Clinico		
8	Neonatalogista		

05-802-494/0001-43
TALÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE OXIGÊNIO
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	CID: 529.1	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
2412040106		

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

Paciente do sexo masculino, com história de doença de pele, com diagnóstico de leishmaniose cutânea, com lesões cutâneas e sintomas sistêmicos, sendo tratado com antiparasitários e suporte sintomático. Evolução satisfatória com melhora das lesões cutâneas e dos sintomas sistêmicos.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA 05-802.494/0007-4
DATA DA INTERNAÇÃO: 01/01/2014 DATA DA ALTA: 05/01/2014 DIAS DE INTERNAÇÃO:
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Fabricante com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas
 após a alta do paciente.



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

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

Nome Paciente: JOSE AUBSON DE ARAUJO BEZERRA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 27/07/1967
Sexo: Masculino
Idade: 51
Senha: 50031
Convênio:
Alimentação:
SAME

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

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

Previsão: LARANJA - MUITO URGENTE

Idade: 51 ANOS

Queixa Principal: HISTÓRIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 22/06/2018 - FRATURA DE UMBILIGO E
FRATURA DE COSTELA COM DOR TORÁCICA E DISPNEIA NAS DIAS

Exatidão: PROCEDEnte (H) AMBULATORIAL ENCAMINHADA POR DRA. JULIANA PIVANTI

Exatidão: DOR TORÁCICA

Exatidão: DISPNEIA AGUDA

Exatidão: CIBULOSUA GERAL

Sinais Vitais (Atual): VELOCIDADE CORRIDA
FREQUÊNCIA CARDÍACA: 84 (BPM) (RITMUS)

50% 96%

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SECTORA LTDA

11.11.2018
Rua da Amora, 10.175, 11.302 BL. C
Rio de Janeiro - RJ 20060-010

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SECTORA LTDA

11.11.2018
Rua da Amora, 10.175, 11.302 BL. C
Rio de Janeiro - RJ 20060-010

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

Data Impressão: 28/06/2018 09:21

Resumo de Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL GETULIO VARGAS

REQUIÇÃO DE PARECER



NOME: JANA REGINA DE A. BEZERRA

MATRICULA: 1121373

OCCUPAÇÃO: Cirurgião

ENFERMARIA: 207

ATENDIMENTO: Clínica Respiratória

LEITO: 03

Paciente: sexo masculino 31 anos, portador de acidente automobilístico há 01 meses, evolui com desconforto aos pequenos esforços associado a dor. Possui radiografia de torax evidenciando hemotórax à direita. Paciente foi submetido a drenagem torácica com saída de conteúdo sero-hemático e apresenta melhora de evolução clínica para alta.

Data: 22 fevereiro de 2018

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cirurgião Geral

ASSINATURA DO MEDICO SOLICITANTE

Paciente com diagnóstico de contusão e perfuração
de torax direito à E, sem drenagem
devido ao pequeno volume de líquido
evidenciado no RX. 98% FR 16
em repouso, saturação de 98%
em ar ambiente, sem necessidade de oxigênio
por via nasal. Evolução satisfatória.
Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Cirurgião Geral

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03-10-7-14

Rua da Lavoura, nº 575, 5º andar, I
Rio de Janeiro - RJ 22060-000
021-2511-1111

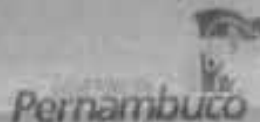
Rua da Lavoura, nº 575, 5º andar, I
Rio de Janeiro - RJ 22060-000
021-2511-1111

23/02/18





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GOVERNADOR
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: JOSE ALISSON

Registro:

Data da operação: 28/06/19

Operador: IRWINS EMANUEL

Tipo de Anestesia: Local

Diagnóstica: Hemotórax à direita

Tipo de operação: DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA.

Descrição operatória:

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

Irwin Sousa
Médico

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TGA)

11-119

Assinatura: IRWINS EMANUEL
Selo: 25-06-2019

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS (TGA)

05-11-2019

Assinatura: IRWINS EMANUEL
Selo: 28-06-2019



CARTÃO SUB

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

RENDA

NOME DO PACIENTE

Dr. Alexson de Almeida Silva

DATA DE NASCIMENTO

27/03/1971

SEXO

MASC

NP DO REGISTRO

1124893

NOME DA Mãe

Silvana Rosa de Almeida

ENDEREÇO

UF

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente adulto, com história de diabetes tipo 2, em tratamento com insulina, chega à emergência com sintomas de hipoglicemia, sendo admitido em observação. Realiza-se exames laboratoriais de rotina e dos níveis de glicose. Resultado dos exames laboratoriais é aguardado.

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Diabetes tipo 2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Diagnóstico laboratorial de rotina

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

clínica médica

DATA

28/06/19

DOENÇA

CARACTER DA INTERNAÇÃO

05.802.494/0001-41

DATA

28/06/19

TRATAMENTO CORRETIVO DE SEGUNDA UNIDADE

05.802.494/0001-41

DATA DO REGISTRO

28/06/19

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

USP-002-001234567

TRATAMENTO CORRETIVO DE SEGUNDA UNIDADE

05.802.494/0001-41

DATA DO REGISTRO

28/06/19



NOME

Dr. Alvaro de Araújo Bezerra

Nº DO REGISTRO

1121373

SETOR

ENFERMARIA

LEITO

DATA - HORA

28/06/19
22:30

EVOLUÇÃO

#CG#

Realizar reavaliação de Dreno torácico que após RX foi visualizado em subcutâneo direito.

Encaminhado submissão a divergência de torax ① em meio diagnóstica com técnica anestésica. Procedimento sem intercorrências. ① Realizar RX TORAX Mx contido.

05.802.491/0001-11
FRAÇÃO CORRIGIDA
DE SEXTIDIGITOS

Rua da Aurora, 1417, S. 1001
1001-000 - RECIFE - PE

Assinado eletronicamente por:
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
26/02/2021 14:31:51

29/06/19

08:00

#Camargo Nord #

Reavaliação de Dreno torácico ① e ②. Dreno torácico ① em subcutâneo direito. Dreno torácico ② em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ③ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ④ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑤ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑥ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑦ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑧ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑨ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑩ em subcutâneo esquerdo.

04/0001-11
CORREÇÃO
FRAÇÃO CORRIGIDA

04/0001-11
CORREÇÃO
FRAÇÃO CORRIGIDA

Reavaliação de Dreno torácico ① e ②. Dreno torácico ① em subcutâneo direito. Dreno torácico ② em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ③ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ④ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑤ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑥ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑦ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑧ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑨ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑩ em subcutâneo esquerdo.

Reavaliação de Dreno torácico ① e ②. Dreno torácico ① em subcutâneo direito. Dreno torácico ② em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ③ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ④ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑤ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑥ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑦ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑧ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑨ em subcutâneo esquerdo. Dreno torácico ⑩ em subcutâneo esquerdo.





Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco

HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

Jose Alisson de Araújo Bezerra

IDADE:

Reg: 1121373

SEXO:

F ☐

M ☐

Emergência Cirurgia Geral

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

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

Inaz radiografia de tórax evidenciando derrame pleural à D.

Solicito avaliação da cirurgia geral

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 Avenida General de Mello, 11 - Cordeiros
Recife - PE - CEP: 51030-000

MGV 1002 V 1 2013

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Juliana Picanti
PE 27900
28/06/19



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E. Abdomen

Sinal - (auscultação, palpação, percussão, inspeção)

Diagnóstico Inicial: 1) DORABDO PLOREX? 2) TRAUMA GASTROINTESTINAL INJUNTO?

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Tomografia de tórax e abdômen

Resultado de Exames

Tomografia de tórax com contraste plasmático volumoso e difuso de hiperdensidade linear intraluminal e extravasamento de hemorragia difusa

Código Procedimento

Ass. Médico + Cuidado
Código Procedimento

Ass. Médico + Cuidado

Ass. Enfermeira + Cuidado

Indicação Cirúrgica: ☐ Sim ☒ Não Motivo

Evolução de Enfermagem

Diag. Definitivo

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Piorado
☐ Intermitente ☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação no endereço

Parentesco

Alta

Transferência

Estado de Saúde

Exames Externos

Observações

Autorização para Alta/Internamento/Transferência

(Assinatura)

CRM-CRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento

Eu, abaixo assinado, sou responsável pelo paciente hospitalizado, de acordo com o termo de internamento, e autorizo a realização de procedimentos médicos e cirúrgicos, inclusive transfusões e com os exames complementares, o transporte em fôlego, nos casos necessários.

Data

Nome completo legível

Nº da identidade

Assinatura

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desta instituição, bem como, tendo recebido conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data

Nome completo legível

Nº da identidade

Assinatura

Cadastro: 284087019 09 22 11 RAB/TAC/21

Indicação: 284087019 09 22 11 RAB/TAC/21

05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS

05.802.494/0001-41
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS

11.05.21
Rua da Praia, 1115, N. 1115, C.
N. 1115 - 1115-1115
1115-1115

11.05.21
Rua da Praia, 1115, N. 1115, C.
N. 1115 - 1115-1115
1115-1115



DATA - HORA	EVOLUÇÃO
	Abdomen plano, macio, sem sinais de irritação peritoneal. Intestino à palp. normal. Rx (2010) de abdome normal, sem sinais de obstrução intestinal. Ausculta do abdome normal, sem ruídos anormais.
24/08/19	Cirurgia geral - Coluna Política de 21/01/19. Deixou o paciente em casa. Deixou de 21/01/19. Deixou de 21/01/19. Paciente com urina de cor amarela, com cheiro de urina. Urina de cor amarela, com cheiro de urina. Urina de cor amarela, com cheiro de urina. Deixou de 21/01/19. Deixou de 21/01/19. Deixou de 21/01/19.
01/08/19	Cirurgia Paciente com urina de cor amarela, com cheiro de urina. Urina de cor amarela, com cheiro de urina. Urina de cor amarela, com cheiro de urina. Deixou de 21/01/19. Deixou de 21/01/19. Deixou de 21/01/19.

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/01/19
Rua da Aurora, 100 - Jd. Santa Helena
Bairro - CEP: 13.000-000
Ribeirão Preto - SP

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/01/19
Rua da Aurora, 100 - Jd. Santa Helena
Bairro - CEP: 13.000-000
Ribeirão Preto - SP





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/10/20

Rua da Aurora, nº 175, SL 201, BL. 3
BOA VISTA - CEP: 01060-070
SÃO PAULO - SP

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/04/20

Rua da Aurora, nº 175, SL 201, BL. 3
BOA VISTA - CEP: 01060-070
SÃO PAULO - SP

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO
 SOCIAL - SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL

VOM
 JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA



CPF IDENTIFICADORA EMISSOR
 7959462 800 PE

CPF
 081.739.504-07 DATA NASCIMENTO
 27/07/1987

FILIAÇÃO
 JOSE SEVERINO BEZERRA
 SEVERINA ARA DE ARAUJO

PERMITEÇÃO
 ACC
 CRT HAE
 AR

Nº REGISTRO
 04419795805

VALIDADE
 18/05/2023 1ª HABILITAÇÃO
 01/08/2008

OBSERVAÇÕES
 CPTP
 EAR

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 05 AGO 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PE

Jose Alisson de Araujo Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 GRAVATA, PE

05.802.494/0001-41
 DATA EMISSÃO TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 19/06/2019
 11 SET 2019

[Signature]
 Carlos Antonio Santos Ribeiro
 Diretor Presidente

11441468163
 00005648993 RECIFE-PE

PERNAMBUCO

Scanned by CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PE

Nº 014488046254

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENOVAR RENTRO EXERCÍCIO
1 814088449 ***** 2019

NOME
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

CAMOCIM DE SÃO FELIX - P 0

CNPJ/CNP
094 428 274-13 PLACA
KXG9710

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

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS / AUTOMÓVEL GASOLINA

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

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

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS
I P IPVA 2019 QUITADO 1º *****
V FACA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º *****
A I ***** 3º *****

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

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE NOTAS OBRIGATORIO
PROVA DE TRANSFERENCIA

CAMOCIM DE SÃO FELIX DATA
06/05/19

Roberto Carlos Moreira Furtado

IRETCE PREZ

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/05/2019

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314638/19

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF: 081.739.504-07

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA : 081.739.504-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2019
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA
CPF: 081.739.504-07

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Carolyn Lins Veloso





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

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190615377

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0199701998 - outa_04 - INVALIDEZ



Cartão 15094179





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR GUSEP Nº 05/2012

5 - Nome completo: Jole Allison de Araújo Brito 6 - CPF: 081.739.504-07 7 - Profissão: Aposentada 8 - Endereço: Rua Oslon Gubina 9 - Número: 62 10 - Complemento: 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Curitiba PR 13 - Estado: PR 14 - CEP: 81665-000 15 - E-mail: jole@brasil.com.br

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Documento para os bancos atrelado. Anular sem opção) ☒ CONTA CORRENTE (Dados do banco) Nome do BANCO: AMB 22 - Agência: 25305 CONTA: 6116590

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumamente, a efetivação do crédito, quitando 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o presunimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do laudo emitido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (em Civil) ☐ Quiloso ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Onde faleceu 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 Vítima: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vítima: 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, ficando ciente, ainda, de que qualquer contestação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver) 35 - Nome legível de quem assina a seguinte petição: 36 - CPF legível de quem assina a seguinte petição: 37 - (*) Assinatura de quem assina a seguinte petição: 38 - 1ª | Nome: CPF: 05.802.494/0001-4 39 - 2ª | Nome: CPF: 05.100.719

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data: Curitiba (PR), 01/08/2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)





05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

03/10/2019
Rua da Aurora, 175, 11.º andar
Bela Vista - CEP: 51.060-000
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11/08/2019
Rua da Aurora, 175, 11.º andar
Bela Vista - CEP: 51.060-000
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Débito

el

Bradesco

5090 9125 1569 2206

02

TIPO

VIA

DIG

CONTA

DIG

04/21

VALIDO ATÉ

JOSE A DE ARAUJO BEZERRA

1/10/201-41

ORA

TEA

902 BL

269-010

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Rua Vista CEP 50.000-010

Scanned by CamScanner

Scanned by 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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190713615

Vítima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Valor: R\$ 3.881,25

Banco: 237

Agência: 000002530-5

Conta: 00000611659-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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





26/02/2021

Número: **0004433-15.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (AUTOR)			PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento		Tipo
75970464	26/02/2021 14:31	ANEXO 3		Outros (Documento)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.881,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02530-5

CONTA: 000000611659-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1402202005000000000023702530000000611659388125 PAGO

