



Número: **0006463-23.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADIELSON GOMES DE ARAUJO (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59143056	12/03/2020 11:18	2701872_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_03	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00064632320208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/08/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/05/2019.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

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



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular³, mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é evada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal⁴.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviços ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeto, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

⁴Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº [2009.001.20283], 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato. Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 07/05/2019 após 09 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 23/08/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁵.

do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização. Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece."

⁵"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190431435	Cidade: Bom Jardim	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO	Data do acidente: 23/08/2018	Seguradora: Sabemi Seguradora S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.				
Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com déficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.				
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.				
Sequelae permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo				
Sequelae: Com sequela				
Data do exame físico: 17/09/2019				
Conduta mantida:				
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.** (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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



Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **23/08/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 4,725.00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), conforme demonstrado abaixo:**

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:	23/09/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000008757-2

Nr. Autenticação

BRADESCO23092019050000000002370134400000008757472500 PAGO

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁶.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁷.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4,725.00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

⁶ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁷ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **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 **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00064632320208172001.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.

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: **0006463-23.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADIELSON GOMES DE ARAUJO (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59143075	12/03/2020 11:18	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435

Cidade: Bom Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/08/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE/DEBRIDAMENTO/INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE/SUTURA). ALTA MÉDICA. PÁG. 2/8/9/10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

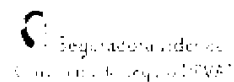
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

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: 16/07/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

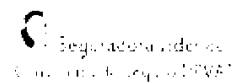
Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

ANDREZA ALVES DA CUNHA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Número do Sinistro: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento

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 cancela 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: 02/09/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190431435**

Nome do(a) Examinado(a): **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT SAPUCAIA - Bom Jardim - PE - CEP 55730-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8501151**

Data e local do acidente: [**23/08/2018**] **Bom Jardim, PE**

Data e local do exame: [**17/09/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

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

Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com déficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00587/00588 - carta_03 - INVALIDEZ

00070294



Carta nº 14600521





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14600781





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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00205/00206 - carta_02 - INVALIDEZ

00020103



Carta nº 14769206





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, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 23/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADIELSON GOMES DE ARAUJO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ADIELSON GOMES DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **237**

Agência: **000001344-7**

Conta: **000008757-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 094.237.064-36 Nome completo da vítima: Adielson Gomes de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

Nome completo: ADIELSON GOMES DE ARAÚJO CPF: 094.237.064-36
 Profissão: AGRICULTOR Endereço: Sítio Sapucaia Número: 100 Complemento: CASA
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BOM JARDIM Estado: PE CEP: 55.730-000
 E-mail: Cleyde.Marques@yahoo.com.br Tel.(DDD): 081-99993-2863

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRADESCO
 AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 8757 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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]:

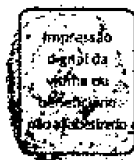
- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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



Local e Data: BOM JARDIM, 28/06/2019
 Nome: Adielson Gomes de Araújo
 CPF: 094.237.064-36
Maria Eduarda dos Santos Araújo
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

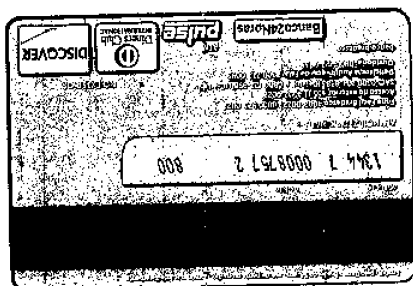
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.054069

ADIELSON GOMES DE ARAUJO 10:17 HRS
AGENCIA 1344 CONTA 0009757-2 20/04/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 0,50
- CONTA FACIL (CIC + POS) 0,50

Saldo de Resgate 0,00

SALDO DISP. P/INVEST. 0,50

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUFANCA FACIL - DEPOSITOS A PRAZO DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 20/05/2019
02 0,00 0,00
03 0,00 0,00
TOTAL 0,00

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alterações ate o final do dia.
Fone Brd - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 7048383
Deficiencia Auditiva: 0800 7048383
Atendimento 24 horas. 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet





Bradesco



Bradesco



Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Mod. 2007-4 Versão 03/2009

Bradesco



Bradesco



Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Mod. 2007-4 Versão 03/2009





BON - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.054089

ADIELSON GOMES DE ARAUJO 10:17 HRS
AGENCIA 1344 CONTA 0059757-2 20/MAR/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 0,50
+ CONTA FACIL 10/0 + 00133 0,50

TOTAL DE RECURSOS 1,00

SALDO DISP. P/INVEST. 0,50

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
POUFANCA FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 20/05/2019
02 0,00 0,00
03 0,00 0,00
TOTAL 0,00

Demonstrativo para Simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final de dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC Alo Bradesco - 0800 1048383.
Deficiencia Auditiva/Ida 800 1 5000.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria-- 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

____ GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

3190431435

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

Adielson Gomes de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

Nome completo:

Adielson Gomes de Araújo

CPF:

Profissão:

Agricultor

Endereço:

Sítio Sapucaia

Número:

100

Complemento:

Casa

Bairro:

Zona Rural

Cidade:

Bom Jardim

Estado:

PE

CEP:

55.730-000

E-mail:

Cleyde.marques@yahoo.com.br

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1344

7

CONTA:

0008757

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIDO

23 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Bom Jardim, 21/08/2019.

Nome: Adielson Gomes de Araújo

CPF: 094.237.064-36

X Maria Eduarda dos Santos Araújo

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Sérgio Roberto Ferreira de bilal

CPF: 653.655.424-87

Sérgio Roberto Ferreira de bilal

Assinatura

2ª Nome: Cleydevanir Marques dos Santos

CPF: 030.985.765-62

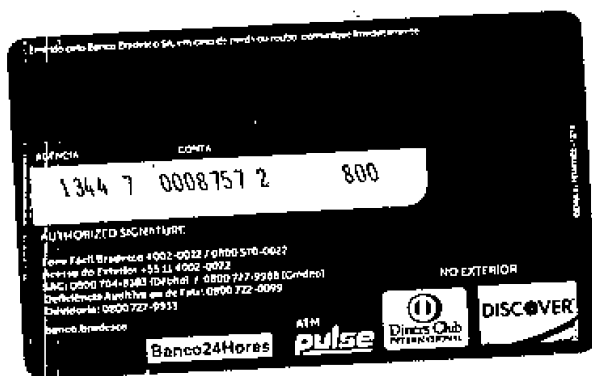
Cleydevanir Marques dos Santos

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciente do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



conta corrente





Boletim de ocorrência



9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC DINTER/116ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0207000323

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/05/2019 às 10:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 23/3/2018 às 13:20

Natureza Jurídica: COLISÃO

Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-90, SÍTIO FREITAS DE BOM JARDIM - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO AO BAR DO CAFÉ

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AURY JOSÉ DE SANTANA (AUTOR/AGENTE)
FRANCISCO CABRAL DA SILVA (OUTRO)
ADIELSON GOMES DE ARAÚJO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): AURY JOSÉ DE SANTANA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADIELSON GOMES DE ARAÚJO

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

ADIELSON GOMES DE ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA FERREIRA LIMA ARAUJO Pai: JOSÉ GOMES DE ARAUJO Data de Nascimento: 12/3/1970 Naturalidade: BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8501451/5DS/PE (RG), 09423705436 (CPF) Estado Civil: AMABADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 998604782

Motivo da Viagem: OUTROS

Endereço Residencial: ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, SÍTIO SAPUCAIA DE BOM JARDIM - CEP: 56730000 - Bairro: ZONA RURAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A DAMA DE OURO

AURY JOSÉ DE SANTANA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CECILIA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai: MANOEL JOSÉ DE SANTANA Data de Nascimento: 3/8/1958 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 13340732/66/PE (RG), 10079657780 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Motivo da Viagem: OUTROS Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JOAO ALFREDO, 01, RUA ALTO NETO DE LEO - CEP: 55000-080 - Bairro: CENTRO - JOAO ALFREDO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO DA CAPELA SANTO ANTONIO

FRANCISCO CABRAL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Motivo da Viagem: OUTROS

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

MOTOCICLETA HONDA CG-150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FRANCISCO CABRAL DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): ADIELSON GOMES DE ARAÚJO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN KS Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: K105235 (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Renavam: 856887897 Chassi: 9C2K006105N120584
Ano Fabricação/Modelo: 2005/2005 Combustível: GASOLINA

VEICULO FIAT SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): AURY JOSÉ DE SANTANA, que estava em posse do(a) Sr(a): AURY JOSÉ DE SANTANA
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/FIAT SIENA Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: HHZ7008 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 897791770 Chassi: 9BD17241773264037
Combustível: DESCONHECIDO

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DATA, O SENHOR ADIELSON GOMES DE ARAUJO, VÍTIMA NESTE BOLETIM, O QUAL APRESENTOU COPIA DO BO Nº 9953468/2018 DA PM/PE, QUE RELATA UMA COLISÃO, ENTRE DOIS VEÍCULOS, FATO ESTE OCORRIDO NA PE 90, NA ALTURA DO SÍTIO FREITAS, PROXIMO AO BAR DO CAFÉ, ONDE ADIELSON CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA NO SENTIDO LIMOEIRO/SURUBIM E O SENHOR AURY CONDUZIA O VEICULO FIAT SIENA NO SENTIDO CONTRARIO, O SENHOR AURY FOI FAZER UMA ULTRAPASSAGEM MOMENTO EM QUE COLIDIU COM A MOTO, JOGANDO-A NO ACOSTAMENTO, CAUSANDO LÊSÕES E ESCORIAÇÕES NA VÍTIMA E DANOS

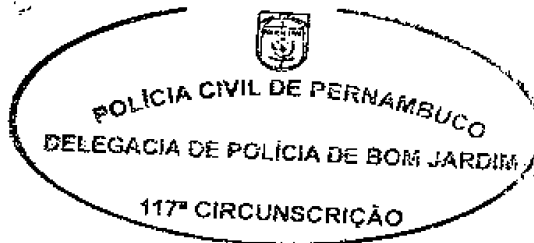
07/05/2019 10:43

NOS DOIS VEICULOS. ADUZ QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS DA VIZINHA CIDADE DE SURUBIM, AO HOSPITAL DE BOM JARDIM, E DE LÁ REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, ONDE FICOU INTERNADO POR QUATRO MESES E PASSOU POR INTERVENÇÃO CIRURGICA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA. ACRESCENTA QUE NÃO HAVIA COMPARECIDO NESTA DEPOL, POR ESTAR IMPOSSIBILITADO DE SE LOCOMOVER.

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

ADIELSON GOMES DE ARAÚJO
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSÉ IGLESIAS CAMPOS DE MORAIS - Matrícula: 134861-7





1a. Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº

9963466

Série-A
1ª Parte

Inscrição Operacional		Circunscrição		Data do Registro		Hora do Registro		Jr da Folha / Total da Folhas	
0000		117 CIRCUNSCRITA		23/03/18		15:42		01/02	
Transcrição da Natureza									
ACIDENTE DE TRÂNSITO									
Data (dd / mm / aaaa)		Hora (hh:mm)		☒ Autoria Conhecida Autoria Desconhecida		☐ Consumado Tentado		☐ Culposa Dolosa	
23/03/18		13:20						☐ Flagrante Ata Infringência	
Circunscrição do Fato									
Local Principal da Ocorrência									
PE - 90									
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)								Número	
RODovia PE - 90								511	
Complemento (Apto, Sala, Andar)				Bairro				CEP	
RODADO FREITAS									
Município		UF		Parque de Referência					
BOA VISTA		PE		PARO O CAPE					
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO									
Nome / Razão Social									
DANIELSON LOPES DE ARAÚJO									
Pai									
JOSE LOPES DE ARAÚJO									
Mãe									
MARIA FERREIRA LIMA DE ARAÚJO									
Apelido / Nome Fantasia		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro (a) 2. Casado (a)		3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)	
MARICA		M		11					
Data de Nascimento		Data de Aparente		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
11/03/1970		5		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
11/03/1970		5		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
☒ RG ☐ CNH		Orgão Expedidor		UF		☒ CPF ☐ CNPJ ☐ Outro (qual?)		Orgão Expedidor	
8501151		SSD		PE		094.232.0577		BOA VISTA	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)								Número	
S. M. R.								S. M. R.	
Bairro				CEP				Município	
RODADO FREITAS								BOA VISTA	
Dados Profissionais/Empresas				Profissão				Telefone / Contato (DDD-número)	
				AGRICULTOR					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)								Número	
Bairro				CEP				Município	
Altura Aparente		Peso		Circunferência		1. Mãos		2. Braços	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cabelo / Cor / Barba (Descrever)					
Tipo de Talagem / Local (Descrever)									
Detalhe Físico (Descrever)									
Detalhe Físico (Descrever)									
☐ VÍTIMA ☐ IMPUTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☒ OUTROS ☐ TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO									
Nome / Razão Social									
JOSE DE SANTANA									
Pai									
MANOEL JOSE DE SANTANA									
Mãe									
CECILIA MARIA DE ARAÚJO									
Apelido / Nome Fantasia		Sexo		Estado Civil		1. Solteiro (a) 2. Casado (a)		3. Viúvo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)	
MARICA		M		11					
Data de Nascimento		Data de Aparente		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
01/04/1975		5		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
01/04/1975		5		1. Residência atual - Cidade		2. Residência atual - Estado		3. Residência atual - País	
☒ RG ☐ CNH		Orgão Expedidor		UF		☒ CPF ☐ CNPJ ☐ Outro (qual?)		Orgão Expedidor	
13318733		SSD		PE		1007.966.2389		BOA VISTA	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)								Número	
ALTO DO NECO LEO								511	
Bairro				CEP				Município	
ALTO								BOA VISTA	
Dados Profissionais/Empresas				Profissão				Telefone / Contato (DDD-número)	
				MOTORISTA					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)								Número	
Bairro				CEP				Município	
Altura Aparente		Peso		Circunferência		1. Mãos		2. Braços	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
1,70 m		65 kg		110 cm		1		2	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Barba (Descrever)		Tipo de Cabelo / Cor / Barba (Descrever)					
Tipo de Talagem / Local (Descrever)									
Detalhe Físico (Descrever)									
Detalhe Físico (Descrever)									



2ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOM

9963466

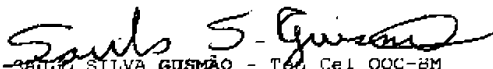
Série-A
2ª Parte

Unidade Operacional	Operante	Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
PM	177 - CIRCUNSCRICAO	23/03/19	15:42	02/02
Forma de Aproximação?	Forma de Ação de Aproximação?			
Local de Entrada?	Forma de Entrada?			
Aproximação no Local?	Forma de Evasão?			
Crime(s) Suspeito(s)?	Estabelecido?			
Enviado	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
☐ Sim ☐ Não				
Qual o motivo do registro do objeto?				
Enviado	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
☐ Sim ☐ Não				
Qual o motivo do registro do objeto?				
Enviado	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
☐ Sim ☐ Não				
Qual o motivo do registro do objeto?				
Enviado	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
UF	Cidade	Placa	Veículo Apreendido?	
☐ Sim ☐ Não				
Qual o motivo do registro do veículo?				
Enviado	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar
UF	Cidade	Placa	Veículo Apreendido?	
☐ Sim ☐ Não				
Qual o motivo do registro do veículo?				
Dados Complementares				
Quando de Serviço no PE-90, fomos acionados por populares que informaram que no final do restaurante D. CAPE, se encontrava um carro entre um muro e um carro estacionado ao lado, e identificamos que os veículos de Placa = K10-8235, modelo CG/Motocicleta 150 F150 e o K10-8235, modelo FIAT/SIENA. Colocamos de frente ao condutor de Motorcycle estava ferido no acostamento. Após atendimento de equipe do Bombeiros, o ferido foi levado ao Hospital de Bom Jardim e os veículos juntamente com o condutor do carro, foi levado para o Hospital de Bom Jardim e ser registrado o B.O. Pelos Autoridades Competentes do local.				
Exame Pericial: S. Solicitado R. Realizado				
Tipo de Exame	Enviado	S	R	Tipo de Exame
Enviado	S	R	Tipo de Exame	Enviado
☐ Condutor ☐ Passageiro	Metido	Visura	Unidade	
Responsável pelo Atendimento	Interessado(a)	Responsável pelo V.O. 150-9		
Assinatura: MOSCO-7	Assinatura:	Assinatura: 1209-9		
Assinatura: Leo - 12	Assinatura:	Assinatura: ADAB COSTA		
Nome: SO MENDESMA	Nome:	Nome:		



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 08 de abril de 2019.


SAULO SILVA GUSMÃO - Ten Cel QOC-BM
Comandante

Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº Div. Op. 012/19-8ºGB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. ADIELSON GOMES DE ARAÚJO RG: 8.501.151 SDS-PE. Endereço: Sítio Sapucaia s/n Zona Rural - Bom Jardim - PE. Certifico que às 14h09min do dia 23 de agosto de 2018, a Viatura AR 830 da 1ªSB/8ºGB Surubim, foi deslocada para a PE 90, Povoado dos Freitas, distrito de Bom Jardim - PE, a fim de atuar em uma ocorrência de colisão entre carro/moto, onde o carro Fiat Siena cor Branco, placa: KKZ-7006 PE, conduzida pelo Sr. Aury José de Santana e uma moto sem identificação de marca e modelo, de cor vermelho, placa: KIO 8235 PE, conduzida pelo Sr. Adielson Gomes de Araujo, este se encontrava no acostamento da rodovia com ferimentos no MIE, onde foi feito as avaliações primárias e secundárias e conduzido para o Hospital de Bom Jardim, com prontuário nº 602.703 e entregue ao profissional médico Dr. Jadeilson Moura, CRM nº 27.043. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do Relatório Básico, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue apostado, com o sinete do 8ºGB e assinado por mim, 3º SGT EM LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA, respondendo como auxiliar da Divisão de Operações do 8ºGB.




LUIZ ÂNGELO DA MOTA SILVEIRA - 3º SGT BM
Auxiliar Administrativo/8ºGB

8º Grupamento de Bombeiros - Avenida Senador Paulo Pessoa Guerra, 116 - Cabeceira Surubim - PE CEP: 55750-000 Fones: (81) 3634-2640
(81) 98494-4200 e-mail: 8gb@bombeiros.pe.gov.br



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21.3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



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: 23/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000008757-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2309201905000000000023701344000000008757472500 PAGO



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adielson Gomes de Araújo

RG nº 8.501.151, data de expedição 19/03/2008, Órgão SDS/PE,

CPF nº 094.237.064-36, 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>Sítio Sapucaia</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Bom Jardim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.730-000</u>
Telefone de Contato	<u>9.9834-1398 / 9.9993-2863</u>
E-mail	<u>Cleyde.Marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 28/06/2019.

Assinatura do Declarante: X



Ato do - Maria Eduarda dos Santos Araújo





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50100-002
CNPJ 10.235.932/0001-08 | Ins. Est. 0005845-63 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IRACEMA DE FATIMAS DOS SANTOS

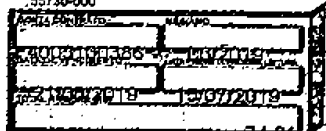
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI SAPUCAIA 100

CPF: 771.295.844-49 NIS: 16186174617
CLASSIFICAÇÃO

PARIJOS/PARIJOS
BOM JARDIM PE
55730-000

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS



12/03/2020 12/03/2020 12/03/2020
12/03/2020 12/03/2020 12/03/2020

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,24754764	7,42
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42430190	29,70
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	42,00000000	0,63551188	26,70
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,88
Contrib. Rum. PÚBLICA Municipal			5,20
ICMS Subvenção-COE-4R 054526311-18/03/18			0,65
ICMS Subvenção-COE-4R 058813757-15/04/18			0,61
ICMS Subvenção Bateria Recarga			1,04
Multa por atraso-NF 062051189 - 15/05/18			1,80
Juros por atraso-NF 062051788 - 15/05/18			0,23
Multa por atraso-NF 062051788 - 15/05/18			0,23

TOTAL DA FATURA									
MP DO	TIPO DA	DATA	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	MP DO	CONSTANTE	VALOR (R\$)
00000000	CAT	12/03/2020	12 298,00	13/03/2020	12 470,00	28	1,00000		119,80

LISTAGEM DE CONSUMOS		CONSUMO POR UNIDADE CONSUMIDORA		CONSUMO POR CATEGORIA	
Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)	Mês	Consumo (kWh)
ABR 18	143	ABR 18	143	ABR 18	143
MAY 18	173	MAY 18	173	MAY 18	173
JUN 18	154	JUN 18	154	JUN 18	154
JUL 18	168	JUL 18	168	JUL 18	168
AGO 18	130	AGO 18	130	AGO 18	130
SET 18	186	SET 18	186	SET 18	186
OCT 18	88	OCT 18	88	OCT 18	88
NOV 18	90	NOV 18	90	NOV 18	90
DEZ 18	107	DEZ 18	107	DEZ 18	107
JAN 19	128	JAN 19	128	JAN 19	128
FEB 19	118	FEB 19	118	FEB 19	118
MAR 19	90	MAR 19	90	MAR 19	90
ABR 19	119	ABR 19	119	ABR 19	119

INFORMAÇÕES DE INTERESSE
Aproveite ao máximo a tarifa social, pois ela é a mais vantajosa para quem tem baixa renda. Para isso, é necessário que o cliente esteja cadastrado no sistema de cadastro único e tenha o NIS em dia. Além disso, é importante que o cliente esteja em dia com o pagamento da conta de energia. Caso contrário, a tarifa social não será aplicada.

DADOS DE PAGAMENTO		DADOS DE PAGAMENTO		DADOS DE PAGAMENTO	
CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00

DADOS DE PAGAMENTO		DADOS DE PAGAMENTO		DADOS DE PAGAMENTO	
CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR	CONSUMO	VALOR
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00
00000000	0,00	00000000	0,00	00000000	0,00



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Cabral da Silva,
RG nº 1.951.744, data de expedição 20/07/1986,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 231.596.934-49, com
domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua "G" Vila da Cohab, nº 153,
complemento Vila da Cohab, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Adrielson Gomes de Araújo, cujo o condutor era
Adrielson Gomes de Araújo.
Veículo: motocicleta Honda CG 150 TITAN KS
Modelo: 2005
Ano: 2005
Placa: K10-8235
Chassi: 9C2KC08105R126884
Data do Acidente: 23/08/2018.
Local e Data: Bom Jardim, 23 de Maio de 2019.

Francisco Cabral da Silva
Assinatura do Declarante

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

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sérgio Ricardo Vasconcelos - Tabelião

Reconheço, por Autenticidade a firma de **FRANCISCO CABRAL DA SILVA**,
Bom Jardim, 23 de Maio de 2019. Em test. da
Verdade, **OSCAR CARLOS DA SILVA BEZERRA**,
ESCREVENTE AUTORIZADO Enol. R\$
3,00 - TSNB: R\$ 0,80 - Total: R\$ 3,80
XL4, 75 Selor: 007496.7KU05201901.00631 Consulte
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Rua Osvaldo Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 55730-000
Tel (81) 3630-1610





PREFEITURA DO
BOM JARDIM

CIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

83

Data <u>13-03-2018</u> Hora <u>15:10</u>		Registro <u>6027 03</u>
Nome <u>Adrielson Gomes de Araujo</u>		
Endereço <u>Silveira</u>		Referência
Bairro	Cidade <u>Bo</u>	
Idade <u>48</u>	Sexo	Profissão
Responsável <u>Luiz Ferreira Gomes de Araujo</u>		
Endereço Responsável <u>mesmo</u>		Fone:
Nascimento <u>12-03-1970</u>		SUS: <u>50910079 5802 8802</u>

DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO

VEÍCULO ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☒ Moto ☐ Outro ☐ Ignorado
 MODO ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Capotagem ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AGRESSÃO

POR ☐ Arma de Fogo ☐ Arma Branca ☐ Espancamento ☐ Outro ☐ Ignorado
 MODO ☐ Assalto Briga ☐ Ação Policial ☐ Agressão Sexual ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ ACIDENTE DE TRABALHO

ORIGEM ☐ Construção Civil ☐ Indústria ☐ Agricultura ☐ Comércio ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO

☐ Arma de Fogo ☐ Enforcamento ☐ Drogas ☐ Queda de Nível ☐ Outro ☐ Ignorado

☐ OUTROS TIPOS DE ACIDENTES

☐ Intoxicação Acidental ☐ Queda Acidental ☐ Afogamento ☐ Queimaduras ☐ Outro ☐ Ignorado

☒ LOCAL DE OCORRÊNCIA

☒ Via Pública ☐ Domicílio ☐ Ambiente de Trabalho ☐ Escola ☐ Outro ☐ Ignorado

QUEIXAS

PA: 90 PA: 110 X 70 mmHg Paciente vítima de
PC: 113 bpm Acidente motorciclístico na cidade de RJ
PT: 142 mmHg Apresenta lesões contuso-contusas sem
emissão

EXAME FÍSICO

Cefaleia AS PAU

PA PESO FC PULSO TEMPERATURA

Dr. Jackson Moura
 Médico
 CRM-PR 271.947

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PROCEDIMENTOS CÓDIGO

ICO RESPONSÁVEL





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

1. Ocorrência da Emergência: 622451

1.1 - Atendimentos em: 23/08/18

1.2 - Às 20 horas e 43 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1095278

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em: 14/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: 1) POLITRAUMA COM EXTENSOS FERIMENTOS EM ANTEBRAÇO, JOELHO E PÉ ESQUERDOS. 2) LESÃO DE APARELHO EXTENSOR DO JOELHO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 28/08/18: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + SUTURA.
2) O PACIENTE FOI RETIRADO DE UMA FOSSA SÉPTICA.
EVOLUIU COM ESCALA SACRAL. SUBMETIDO A MÚLTIPLOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA VENOSA. A ÚLTIMA CIRURGIA PARA ENXERTO DE PELE REALIZADA EM 05/12/18.

5. Observação: ACIDENTE COM MOTOCICLETA.

DATA: 13.3.2019

HORA: 09:31:03

PASTA: 01.03.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 622451

Prontuário: 1095278

Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data Nasc.: 12/03/1970

Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 898002938088886

F:

RG:

Nº: 0

Endereço: SÍTIO BOM JARDIM

Cidade: BOM JARDIM

Estado: PE

Município: BIZARRA

Profissão:

HGV - Hospital Getúlio Vargas

622453

Prontuário: 1095278

Atendimento

CNS: 898002938088886

Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Leito: SR 54

Nascido: 12/03/1970

Idade: 48 Anos 5 Meses

Sexo: MASCULINO

Mãe: MARIA FERREIRA LIMA DE ARAUJO

Fone: 0570-9161

Endereço: SÍTIO BOM JARDIM, D. BIZARRA - BOM JARDIM - PE - Cep 55730990

Criador: 1 HOSPITAL GETULIO V. DATA: 23/08/2018 H: 21:43 Usuário: EDSONAV

TENDIMENTO: DATA: 23/08/2018 HORA: 20:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: Paciente com relato de edusão moto como, às 14:00; localiza-
do com dor e frimento em M.E. e antebraço Esq.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☒ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo: <i>Trânsito de veículo automotor</i>	Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Colisão: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	
Tropelamento: Sim ☐ Não ☒	Local de Impacto:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Tipos de Ferimento: Sim ☒ Não ☐	Tipo:	Transporte Realizado por:
Umedecimento: Sim ☐ Não ☒	Por:	Por que:
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒		

Observações: Paciente sofreu de DM; nãg obg. med.

Exame Físico

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: °C

S: EG, consciente, orientado

S: Respiratório

Respiros, si espírio resp

S: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

Hemodinamicamente estável.

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: 04

Hora: 20:52

Score: 05

Hora: 20:52

Score: 03

Hora: 20:51





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
SI alteração	
Diagnóstico Inicial: Estenose funcional em H2O.	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: Roux X	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: SAT, VAT. Ao 1º e 2º curio, por roux X. Exatoloma 2 g. eu	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: Roux X de 1º e 2º curio, por roux X.	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	Condição de Alta:
Definição do Caso: ☐ Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	Assist. Social:
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência:	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 23/08/2018 20:43 h CLAUDIOAS	impressão: 23/08/2018 20:43 h CLAUDIOAS

Médico



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 23/08/2018 20:34

Nome Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/03/1970
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: E0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/08/2018 20:35 - 23/08/2018 20:36

REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: QÜEDA DE MOTO HA 6H COM TRAUMA EM MIE

Histórico sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/08/2018 20:35

tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional do Limoeiro - José Fernandes Salsa - Limoeiro - PE
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via-Branca / 2ª Via-Rosa / 3ª Via-Jornal

Unidade de Saúde		Município	Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Arturton Gomes de Araújo</i>				
Quadro Clínico <i>Transtorno "grude de mão"</i>				
Diagnóstico <i>Exposição Distal + Hemorragia + Excesso Exponção Perna + Lesão tendão</i>				
Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
<i>Hospital Getúlio Vargas Recife</i>	<i>Recife</i>	<i>5/4/2020</i>	<i>9/7</i>	
Motivo (Registro Detalhado) <i>Tratamento Especializado</i>				
Assinatura do Médico Assistente <i>[Assinatura]</i>				
Nº do C.R.M.		Data		
<i>13983</i>				
Destino	Município	H. de Saída	H. de Chegada	
Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do Responsável				
Nº do C.R.M.		Data		
Autorizo a Transferência				
Médico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento			Município	
Especificação do Atendimento Prestado				



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adilson Gomes de Araújo			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA LIM DE ARAÚJO			CARTÃO SUS: 498002938068886	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 08	Nº DO REGISTRO: 1095278	
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1970	IDADE: 48	PESO:	ALTURA:	SEXO: MASCULINO
MOTIVO DA ADMISSÃO/PROBLEMA DE SAÚDE ATENDIDO, PROBLEMA(S) RESOLVIDO(S): Extenso ferimento em MIE - Úlcera de decúbito em região sacral.				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DIÁLOGO REALIZADO: 25/09/18: Submetido a desbridamento de Úlcera sacral infectada - Dr Luis Moraes 05/12/18: Submetido a enxertia de pele em ferimentos em MIE - Dra Michelle				
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/08/2018		DATA DA ALTA: 14/12/2018		DIAS DE INTERNAÇÃO: 114
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CD	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR LUIZ MORAES		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA	DRA SILVIA		
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com história de colisão moto X carro apresentando extenso ferimento em MIE, tendo evoluído com exposição óssea importante em perna esquerda e apresentou Úlcera de decúbito				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA Unasyn + Vancomicina (sob orientação de CCIH) / Sintomáticos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA Paciente nega queixas no momento. MIE: presença de ferimento com pele enxertada, sem sinais flogísticos, em topografia de joelho e pé, com boa vitalidade Úlcera sacral granulada, sem sinais flogísticos				
MOTIVO DA ALTA CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐		ÓBITO IML ☐ SVO ☐ BO: ☐		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Retorno ao ambulatório de trauma e de Dra Michelle em 1 semana Forneco laudo + atestado + receita de sintomáticos + solicitação de fisioterapia e de muletas/cadeira-de-rodas + oriento cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência				
DATA: 14/12/18				

Médico Responsável

Dra. Hanna Emile
Cirurgiã Plástica
CRM-PE 28623



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adielson Gomes de Araújo			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: MARIA FERREIRA LIM DE ARAUJO			CARTÃO SUS: 898002938088866	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 08	Nº DO REGISTRO: 1095278	
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1970	IDADE: 48	PESO:	ALTURA:	SEXO: MASCULINO
MOTIVO DE ADMISSÃO/PROCEDIMENTOS EM ALTA (CONTINUA EM LAUDO MÉDICO): Extenso ferimento em MID + Úlcera de decúbito em região sacral.				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS / DADOS NUMÉRICOS: 25/09/18: Submetido a desbridamento de úlcera sacral infectada - Dr. Luis Moraes 05/12/18: Submetido a enxertia de pele em ferimentos em MID - Dra Michelle				
DATA DA INTERNAÇÃO: 23/08/2018	DATA DA ALTA: 14/12/2018	DIAS DE INTERNAÇÃO: 114		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DR LUIZ MORAES		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA	DRA SILVIA		
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com história de colisão moto X carro apresentando extenso ferimento em MIE, tendo evoluído com exposição óssea importante em perna esquerda e apresentou úlcera de decúbito				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA Unasyn + Vancomicina (sob orientação de CCIH) / Sintomáticos.				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL O MESMO ACIMA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA Paciente nega queixas no momento. MIE: presença de ferimento com pele enxertada, sem sinais flogísticos, em topografia de joelho e pé, com boa vitalidade Úlcera sacral granulada, sem sinais flogísticos				
MOTIVO DA ALTA CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐		ÓBITO IML ☐ SVO ☐ RO: ☐		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Retorno ao ambulatório de trauma e de Dra Michelle em 1 semana Forneco laudo + atestado + receita de sintomáticos + solicitação de fisioterapia e de muletas/cadeira-de-rodas + oriento cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência				
DATA: 14/12/18				
Médico Responsável				

Dra. Flávia Emília
Médica
CRM-PE 20633





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO Registro: 1095278

Data da operação: 28/08/2018

Operador: DR. MÚCIO LEÔNIO

Diagnóstico pré-operatório: INFEÇÃO DE PLANO PROFUNDOS LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DE JOELHO ESQUERDO + LESÃO IMPORTANTE EM TORNOZELO ESQUERDO + SEPSE

Tipo de operação: DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E INFECTADO (LMC) + INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE EM TORNOZELO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia sob raquianestesia
- 2) Assepsia e antisepsia
- 3) Aposição de campos estéreis.
- 4) Observado drenagem espontânea de secreção purulenta em face anterior do joelho esquerdo + anteromedial do pé e tornozelo esquerdo com extensa área de necrose em ambas as regiões
- 5) Retirado pontos de Nylon
- 6) Liberado pontos profundos com dissecação romba, observado quantidade moderada de secreção purulenta + debridamento extenso de tecidos desvitalizados e infectados em ambos os sítios
- 7) LMC copiosa com SF0,9%
- 8) Instalação de dreno Penrose nº 2 em tornzele
- 9) Sutura do cutâneo com Nylon 3-0 ao nível do joelho
- 10) Curativo
- 11) Observado boa perfusão após procedimento

OBS: SOLICITO RX DO TORNOZELO ESQUERDO VISTO A FROUXIDÃO OBSERVADA NO TRANSOPERATÓRIO.


Múcio Leônio Lima Filho
Traumato - Ortopedista
CRM 17278 - PE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome : ADEILSON GOMES DE ARAUJO Registro: 1095278

Data da operação: 05/12/18

Operador: Dra. MICELLE LACERDA 1º auxiliar: Dr. Yuri CARVALHO (MR1)

Anestesista: DR LUCIANA LOYO

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA

Tipo de operação: ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raqui anestesia
- 2) Assepsia e Antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis
- 4) Retirada de enxerto cutâneo de área doadora de face Antero- lateral de coxa esquerda
- 5) Aposição do enxertos cutâneos sobre área receptora - ferimento extenso em região da perna esquerda e tornozelo esquerdo
- 6) Fixação do enxerto com nylon 4-0
- 7) curativo com murim

obs.: evitar area de pressão sobre area receptora

obs2.: area de curativo receptora só deverá ser manipulada pela cirurgia na próxima segunda feira pela cirurgia

Yuri Carvalho
MR1
CRM-PE 20120





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
HOSPITAL GETULIO VARGAS

2 - CNES
2802783

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE
ADIELSON GOMES DE ARAUJO

4 - Nº DO PRONTUÁRIO
01095278

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002938088886

6 - DATA DE NASCIMENTO
12/03/1970

7 - SEXO
MASCULINO

8 - COR/RAÇA
PARDA

9 - NOME DA MÃE
MARIA FERREIRA LIM DE ARAUJO

10 - TELEFONE DE CONTATO
81 95709161

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
SÍTIO BOM JARDIM, Nº 8 - BIZARRA

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
BOM JARDIM

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
260220

16 - UF
PE

17 - CEP
55730000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL/19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TOMOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO / 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO / 37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

PACIENTE COM OSSO EXPOSTO EM TIBIA PROXIMAL ESQUERDA. SOLICITO TC PARA AVALIAÇÃO DO COMPROMETIMENTO
OSSEO.

EXAME REALIZADO

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
ANDREY FREITAS DUARTE

42 - DATA
16/10/2018

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Andrey Freitas Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 55721

43 - DOCUMENTO
CPF ☒ CNS ☐

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
09831608488

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

Paciente: **Adielson Gomes de Araújo**

REG: 1095278

AO SERVIÇO SOCIAL
SETOR DE ÓRTESES E PRÓTESES

SOLICITO UM PAR DE MULETAS CANADENSES E UMA UNIDADE DE CADEIRA-DE-RODAS PARA O(A) PACIENTE SUPRACITADO (A) EM PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE EXTENSO FERIMENTO EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17534 / CRM-PE 26633

Recife, 14/12/18





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 01095278

Data de Nascimento: 12/03/1970

Idade: 48a 9m 27d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

AO SERVIÇO SOCIAL
AO SETOR DE ORTESES E PROTESES

SOLICITO UM PAR DE MULETAS CANADENSES PARA O PACIENTE SUPRACITADO.

CID-10: M 86.9 | S 81.7

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 07 DE DEZEMBRO DE 2018

HANNA EMILÉ RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM: Nº.17984

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 30.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



HOSPITAL GETULIO VARGAS
SOULMV - Sistema Diagnóstico por Imagem
Comprovante de Pedido de Exames

Página: 1 / 1
Emitido por: KATIAEG
Em: 17/10/2018 10:44

Atendimento: 622453

Pedido:



Data Pedido: 17/10/2018

Controle: 16497

Paciente: 1095278 ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Nascimento: 12/03/1970 (48a 7m 7d)

Leito: 148 107-08

Unid. Intern: 5

CLINICA ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 5555 HOSPITAL GETULIO VARGAS

Sector Solicitante: CLINICA ORTOPEDICA

Sexo: MASCULINO

Sector Executante: TOMOG/MG SERVICOS DE IMG RADIO

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 Não Informado

Accession Number	Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
549264	86190	283	TOMOGRAFIA SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	29/10/2018

EXAME TC
REALIZADO

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Prontuário: 01095278

Data de Nascimento: 12/03/1970

Idade: 48a 11m 2d

Sexo: MASCULINO

RECEITUÁRIO

HD: EXTENSO FERIMENTO EM MIE + ULCERA DE DECÚBITO EM REGIÃO SACRAL

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO - 23/08/18 - EVOLUINDO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM TIBIA ESQUERDA

PACIENTE SUBMETIDO A ENXERTIA DE PELE EM ÁREAS DE EXPOSIÇÕES EM MIE

COMPARECE HOJE DEAMBULANDO COM CARGA TOTAL EM MIE E AUXILIO DE MULETAS.

FO EM MIE LIMPA E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS E CICATRIZADA. ULCERA SACRAL EM REMISSÃO E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.

COM LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DE JOELHO ESQUERDO POR RETRAÇÃO CICATRICIAL

RECEBE ORIENTAÇÕES PARA RETORNO EM 4 SEMANAS E MANTER FISIOTERAPIA MOTORA

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17984 / CRM-PE 26633

Recife, 11 DE FEVEREIRO DE 2019

HANNA EMILE RODRIGUES MOTA NICOLAU - CRM: Nº.17984

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que que que que **Adielson Gomes de Araújo, 48 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumatologia-Ortopedia deste serviço do dia 23/08/2018 ao dia 14/12/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 81.0 | S 81.7 | S 91.3

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 17264 / CRE-PE 20632

Recife, 14/12/2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General São Martin, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **Adielson Gomes de Araújo, 48 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço do dia 23/08/2018 ao dia 14/12/2018 para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 81.0 | S 81.7 | S 91.3

Recife, 14/12/2018

Dr. Hanna Emile
Médica
CREC 17084 / CRM-PE 28633

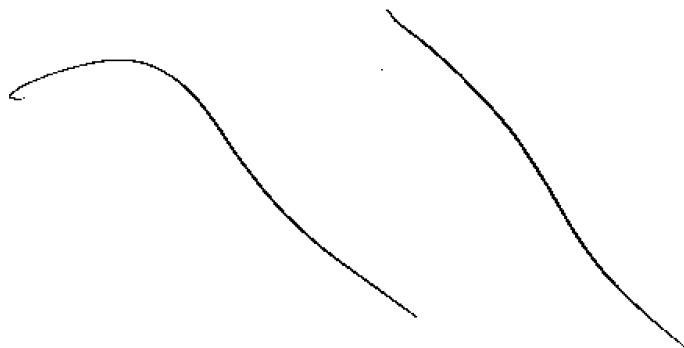


Adielson Jomero de Araújo

Declaro para os devidos fins, que o referido paciente. Portador de Pós-cirúrgico de Extensões fixamentos em joelho/Pi (MFE) Apresenta os seguintes sequelas permanentes: bloqueio articular joelho/pi (MFE). Diminuição do grau de força em: quadríceps, isquiotibiais, tríceps sural, fibial anterior. Impossibilidade de realizar descarga de peso no MFE. Marcha tipo claudicante com ajuda de Muletas. Não apresenta condições cinosiológicas funcionais de realizar atividades que exijam: obstáculo, desambalação, agachamento, uso do MFS contra resistência. CID 10 - 81.7

Bom dia, 21 de junho 2019

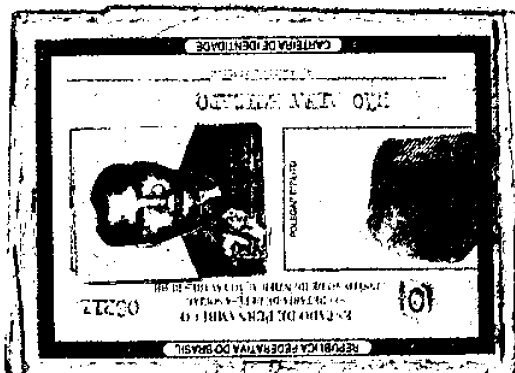
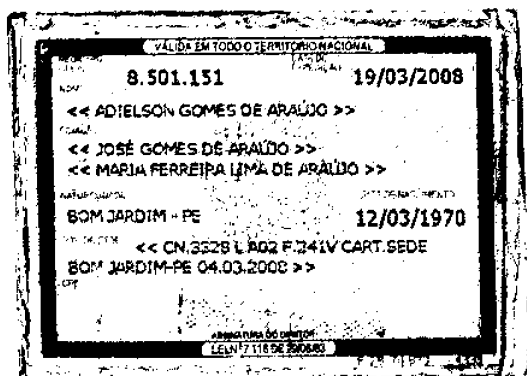
Dr. Andrew Jackson
Fisioterapeuta
Acupunturista
CREITO 172017-E

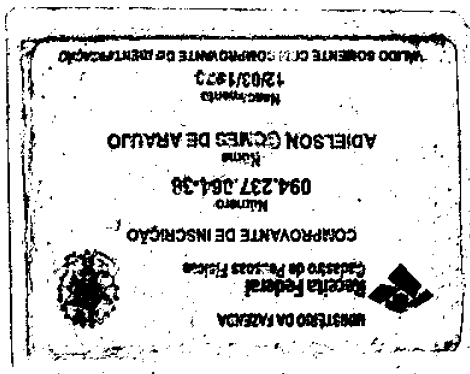
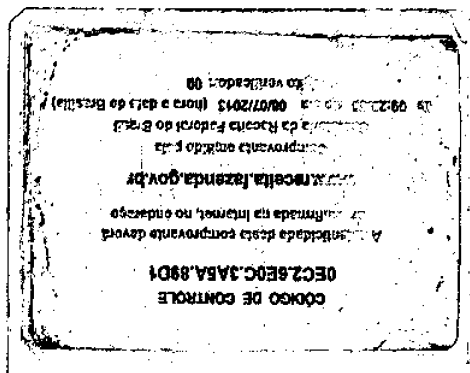


 (81) 99841-2676

 @andrewjacksonpilatesavancado







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE PESSOAS

08R11

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

SEM ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.501.151

19/03/2008

ADIELSON GOMES DE ARAUJO >>
>> JOSÉ GOMES DE ARAUJO >>
>> MARIA FERREIRA LIMA DE ARAUJO >>

NATURALIDADE: BOM JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1970

DOC ORIGEM: << CN.3326 L.A02 F.241V CART. SEDE BOM JARDIM-PE 04.03.2008 >>

LEW 7.16 DE 28/08/83

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
094.237.064-38

Nome
ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Nascimento
12/03/1970

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
0EC2.6E0C.3A5A.89D1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:29:53 do dia 06/07/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE Nº 6123953706

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 (CICL. RETENÇÃO) 856667897

FRANCISCO CABRAL DA SILVA
 RUA G N 153 - COHAB
 CS-CENTRO
 BOM JARDIM-PE 55730-000

231.596.934-49 K108235

902KC08105H126884

PAS/MOTOCICLETA/

HONDA/CG 150 VITAN KS

2P/149CL 20054678

PARTIC VERMELHA

AL: FID: BANCO DIBENS

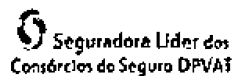
BOM JARDIM

22/08/05

DUI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Seguradora: Sabem! Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 16/07/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

ANDREZA ALVES DA CUNHA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Adicilson Gomes de Araújo
 DATA DO ACIDENTE 23/08/2018 CPF DA VÍTIMA 094.237.064-36
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adicilson Gomes de Araújo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Sapucaia
 Nº 100 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Zona Rural
 CIDADE Bom Jardim UF PE CEP 55.730-000
 E-MAIL Cleyde.marques@yahoo.com.br TELEFONE (081) 99992-2863

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 ANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

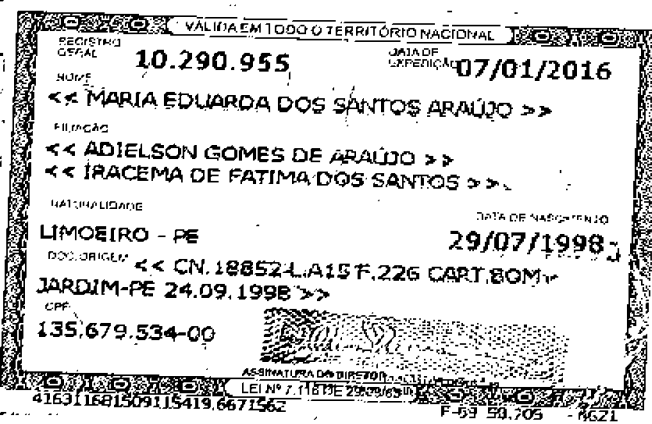
DATA 08/07/2019
 IDENTIDADE 8.601.181-5 DS/PE
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 08/07/19 MATR. CORREIOS 8581707
 NOME Josely Elaine A. dos Santos
 ASSINATURA _____

A RGO - Maria Antônia dos Santos Araújo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE
 CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE

FRANCISCO CARVAL DA SILVA



1961744 SEP DE

231.596.934-49 14/06/1960

FRANCISCO ALVES DA SILVA
 ENILDE ALVES DA SILVA

04603996046 05/03/2020 30/09/1960

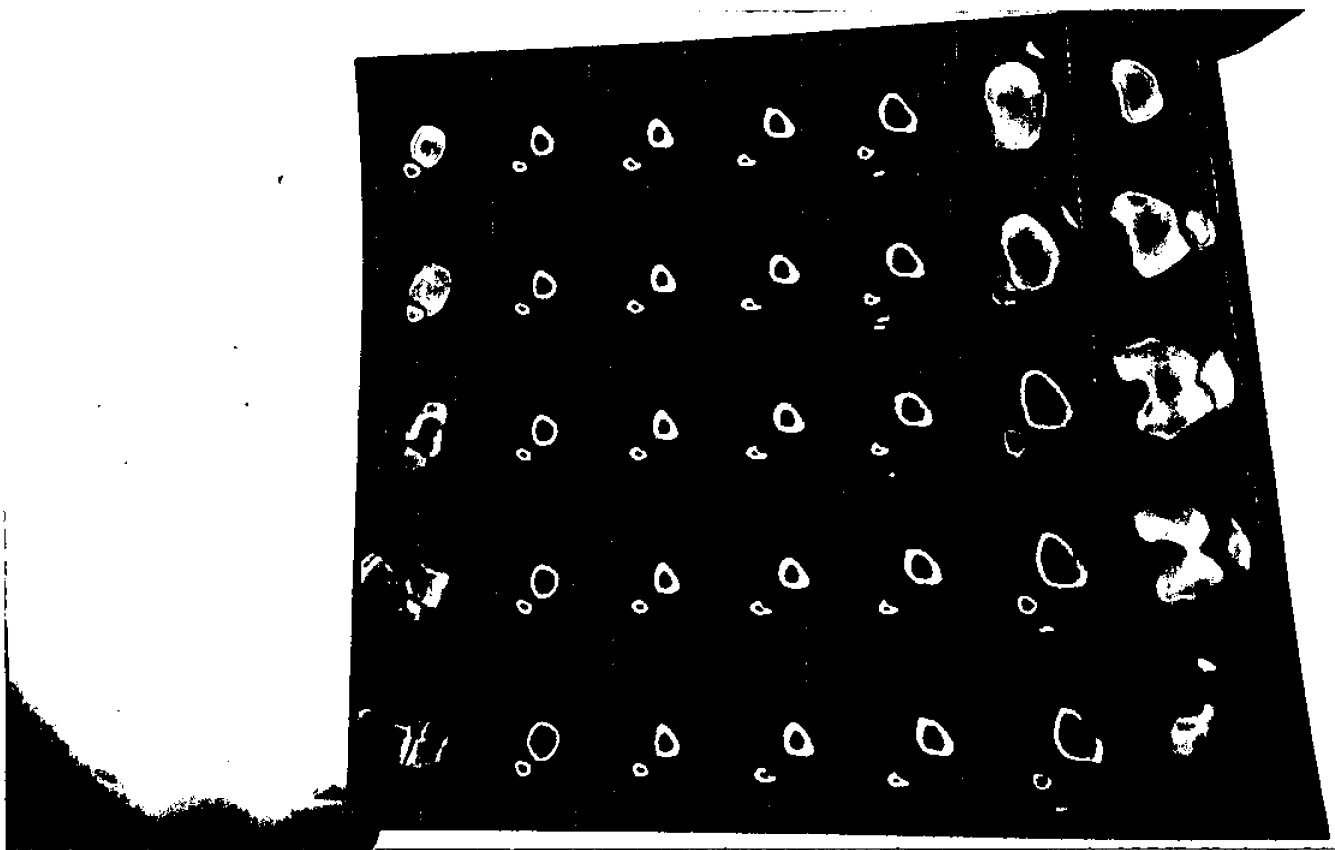
Francisco Carval da Silva

12/03/2020

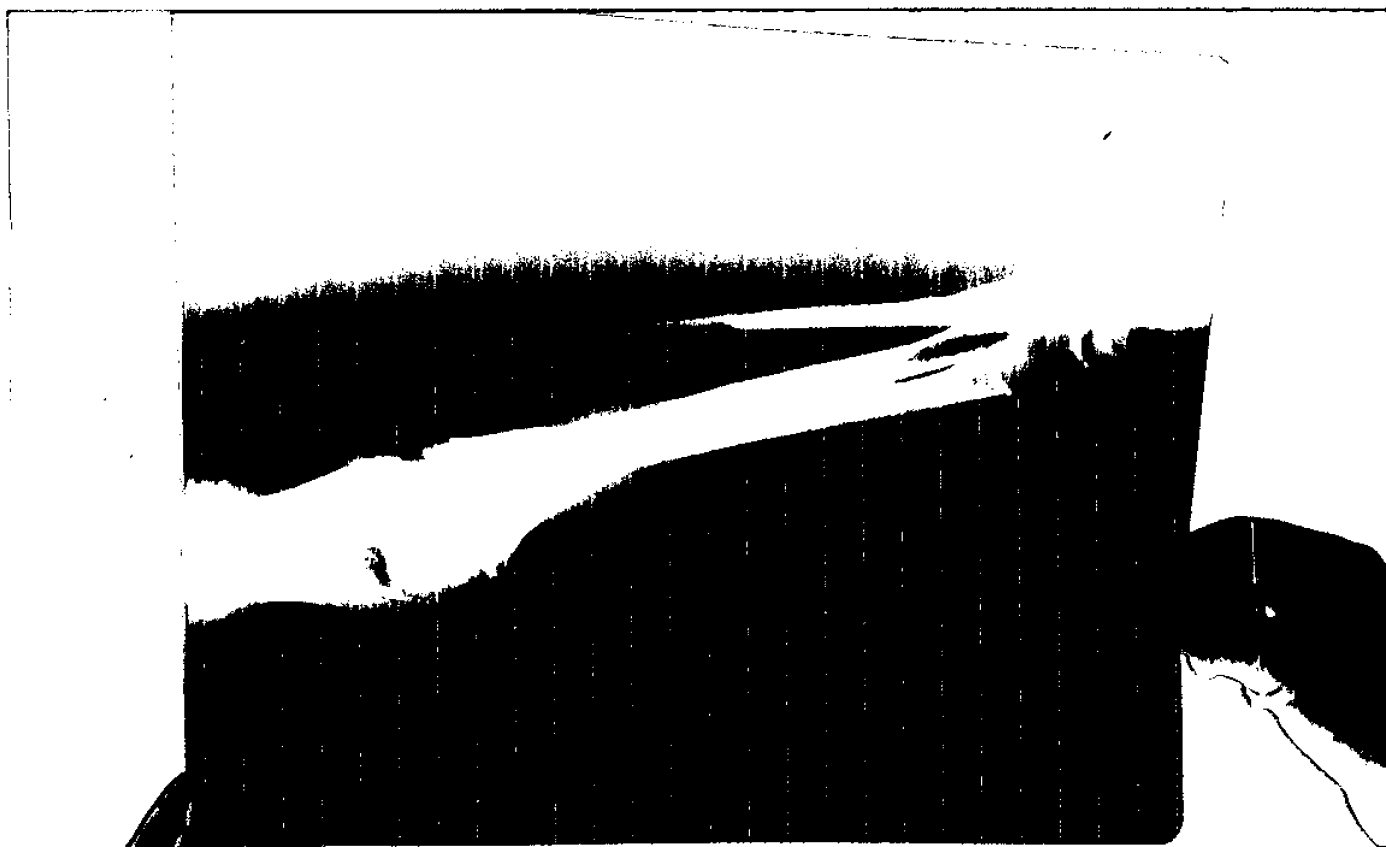
28376587647
 38030039673

DETRAN-CE (PARAIBA)

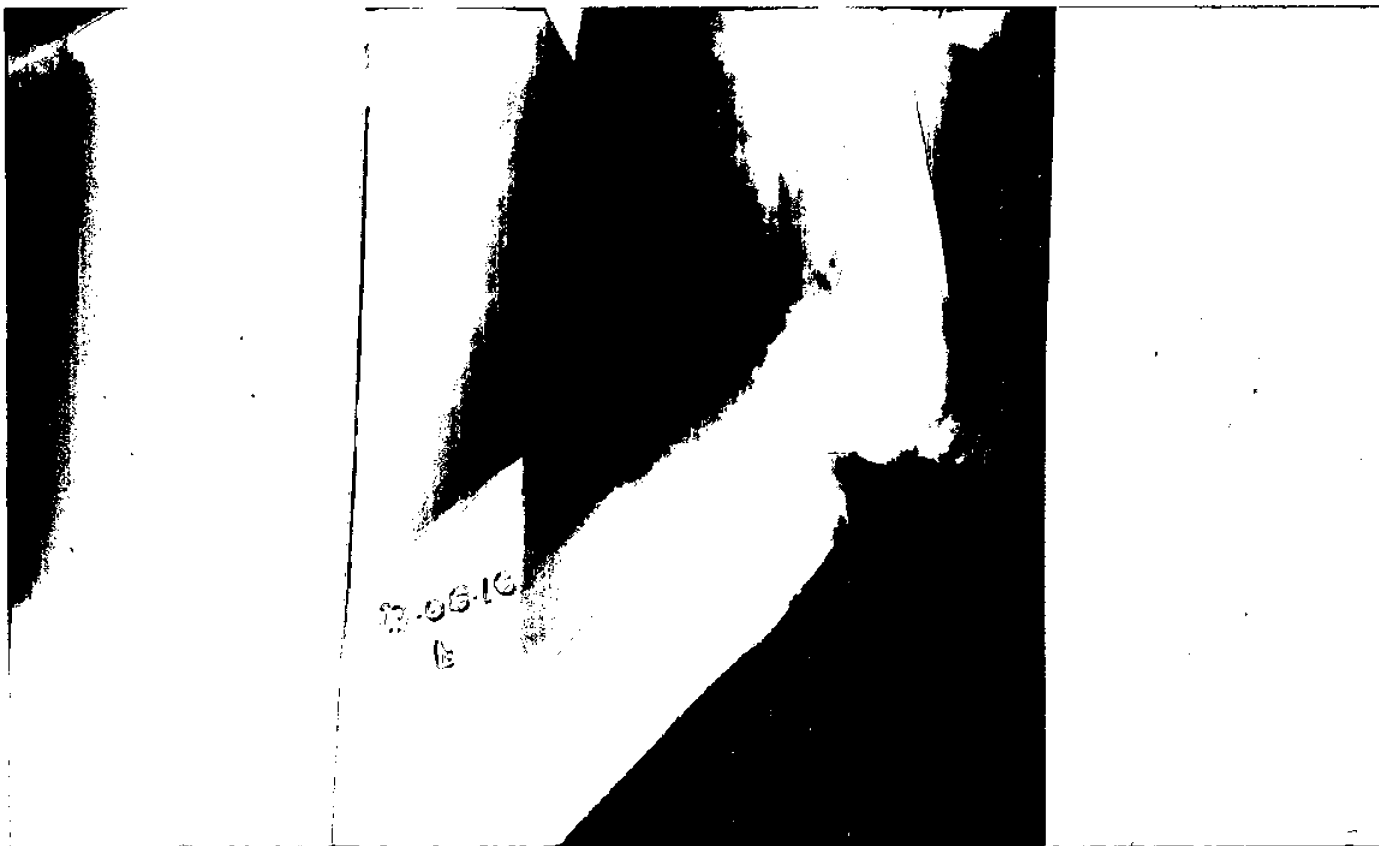




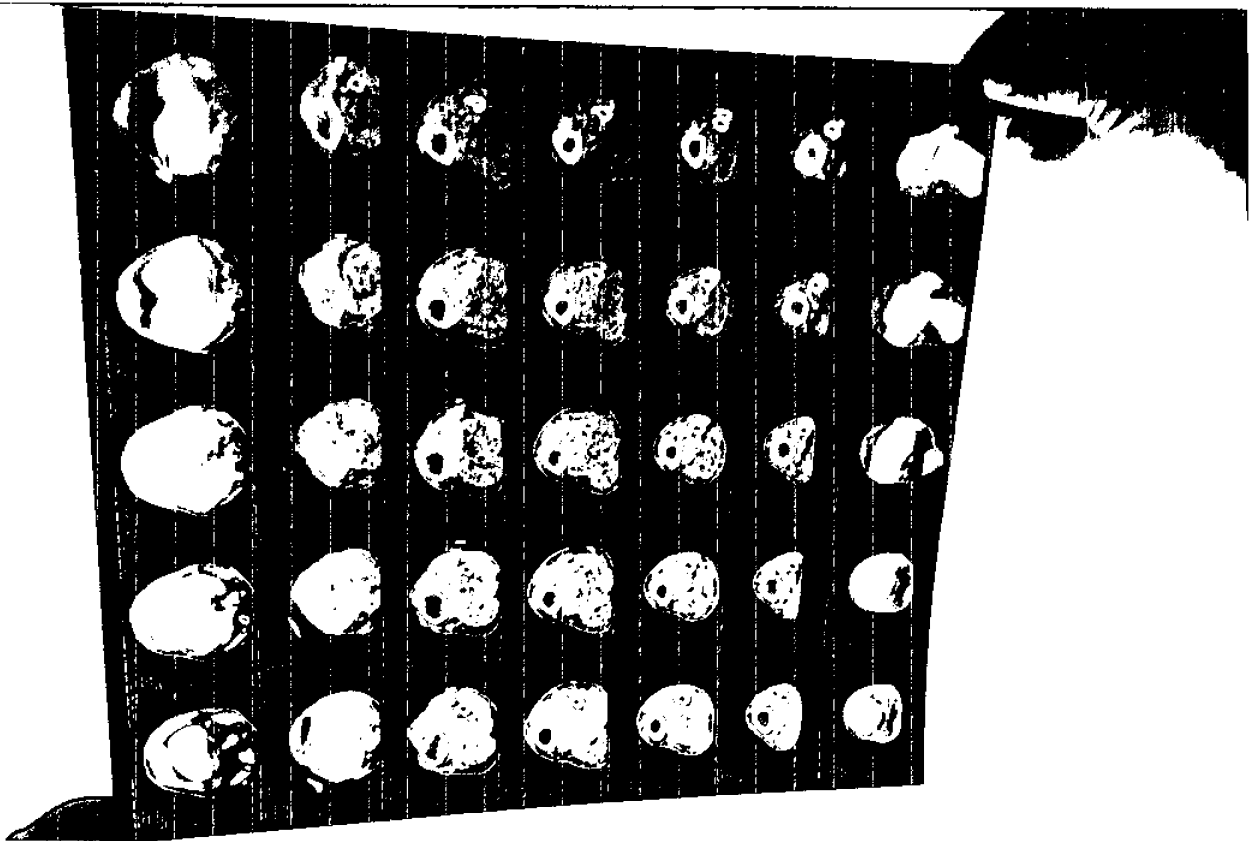


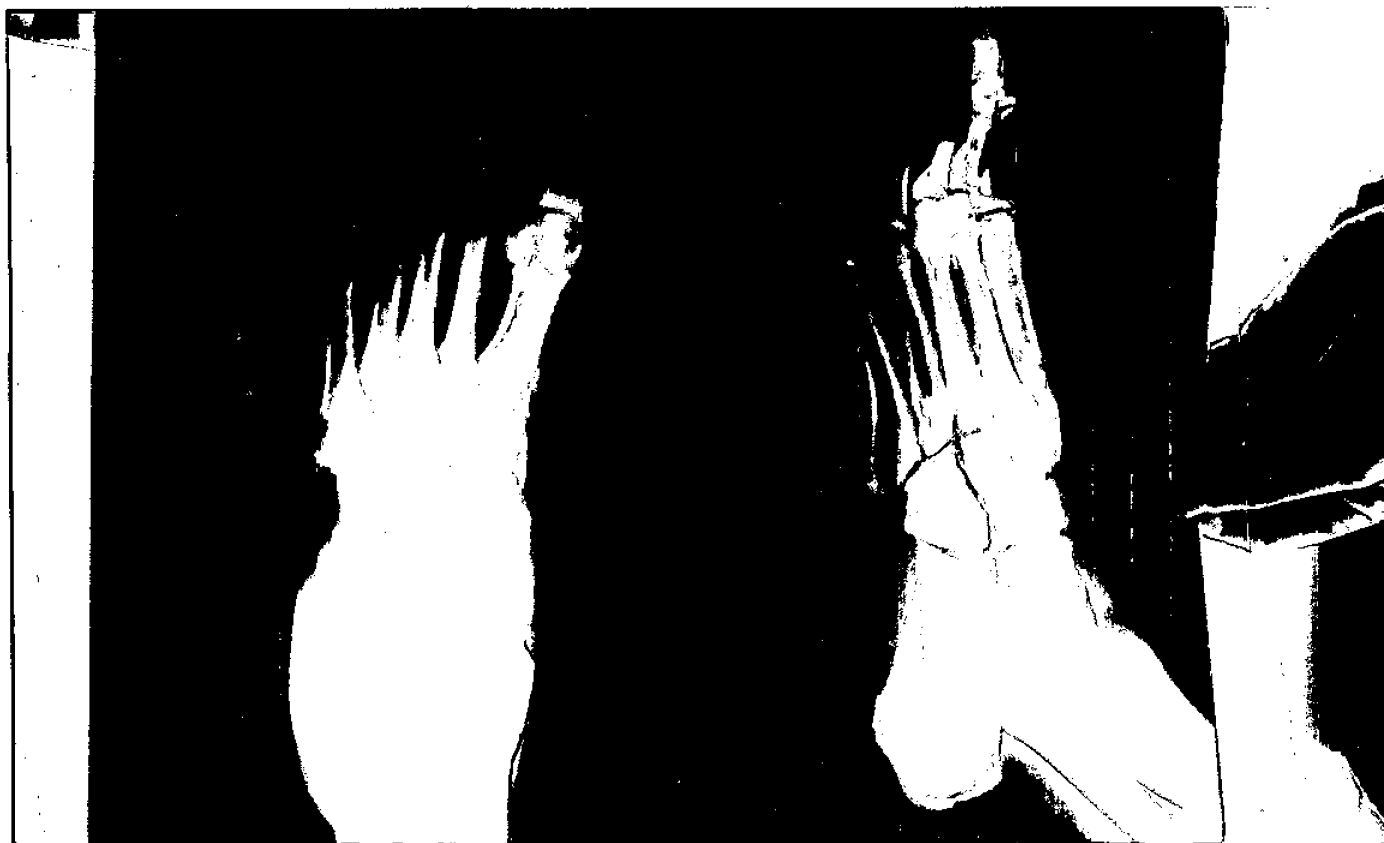




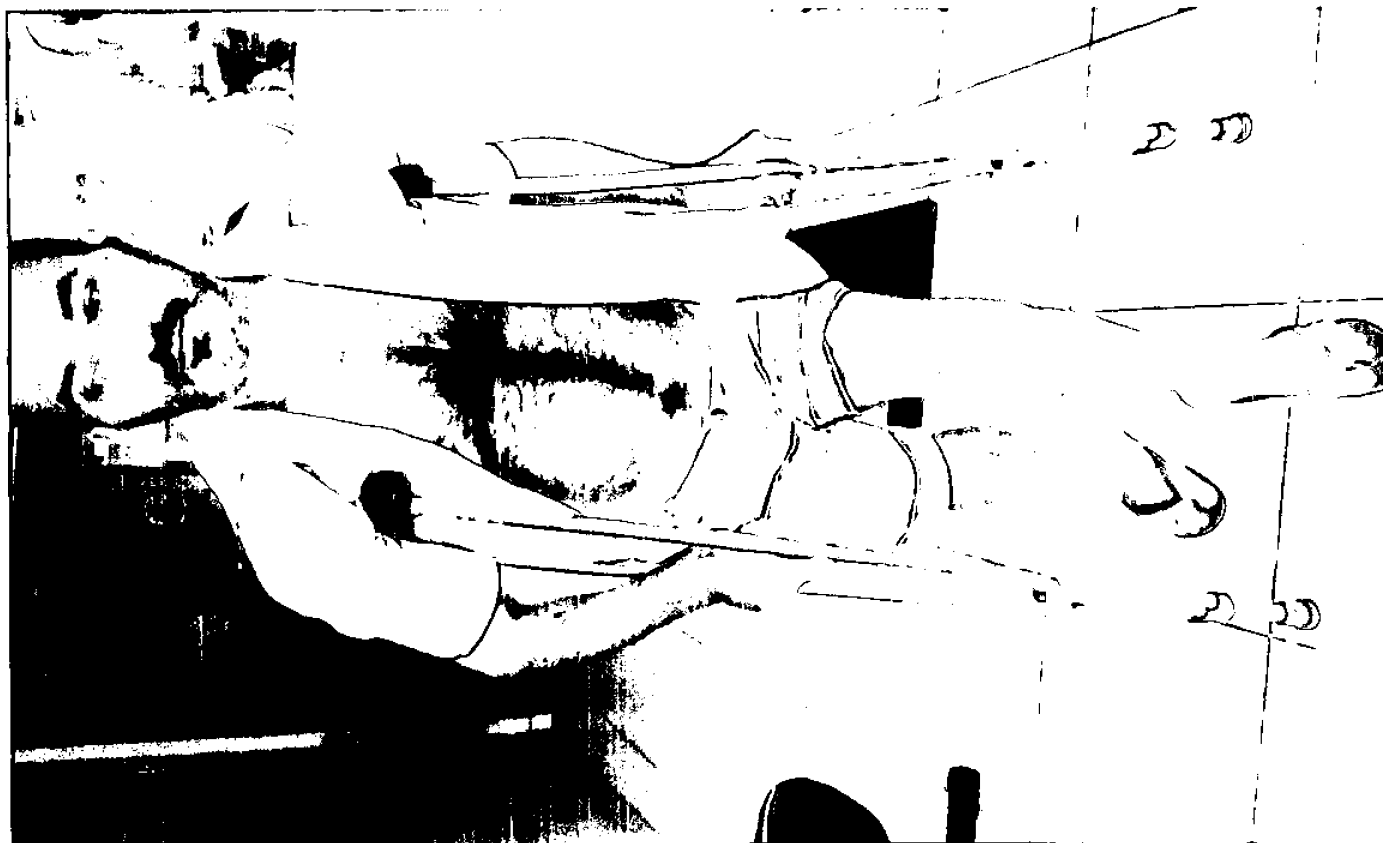
















PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Unider das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240745/19

Número do Sinistro: 3190431435

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF: 094.237.064-36

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 23/08/2018

Titular do CPF: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de Identificação

Outros

Outros



ADIELSON GOMES DE ARAUJO : 094.237.064-36

Autorização de pagamento

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: 02/09/2019
Nome: ADIELSON GOMES DE ARAUJO
CPF: 094.237.064-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ADIELSON GOMES DE ARAUJO

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP: 50050-000
CNPJ: 10.835.832/0001-08 | Insc. Est.: 000584343 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
RACEMA DE FATIMAS DOS SANTOS

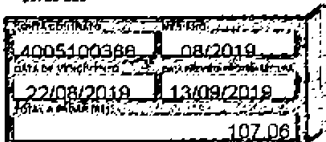
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S1 SAFLICAIA 100

CPF: 771.265.644-49 NIS: 10185174817

PAPILIOS/PARIJOS
BOM JARDIM PE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDIMENTO

DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS
073501872 ÚNICA 15/08/2019
15/08/2019 2007785836 421817



	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0.25973023	7.78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0.44353754	31.04
Consumo Ativo superior a 100 até 770 kWh	85.0000000	0.66530032	43.81
Acrescimo Bandeira AMARELA			1.18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3.03
Contrib. Rum. Pública Municipal			16.81
ICMS Subvenção COE-PE 08/2013-13/08/18			0.58
ICMS Subvenção Bacia Roraima			1.26
MJAS por 05/04/04 000034212 - 15/07/18			1.00
Juros por 05/04/04 000034212 - 15/07/18			0.77
Atualização ICMS 000034212 - 15/07/18			0.20

TOTAL DA FATURA 107.06

NR DE MEDIÇÃO	Tipo da Fatura	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	DEB	CONSTANTE	AJUSTE	Consumo (kWh)
0043377	CAT	15/08/2019	18/07/2019	19471.00	19/08/2019	19780.00	31	1.0000		189.00

Descrição	Valor	%	Valor	Descrição	Valor	%
Consumo Ativo até 30 kWh	7.78	7.2%		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31.04	28.9%
Consumo Ativo superior a 100 até 770 kWh	43.81	40.8%				
Acrescimo Bandeira AMARELA	1.18	1.1%				
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3.03	2.8%				
Contrib. Rum. Pública Municipal	16.81	15.6%				
ICMS Subvenção COE-PE 08/2013-13/08/18	0.58	0.5%				
ICMS Subvenção Bacia Roraima	1.26	1.2%				
MJAS por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	1.00	0.9%				
Juros por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	0.77	0.7%				
Atualização ICMS 000034212 - 15/07/18	0.20	0.2%				
Total	107.06	100.0%				

INFORMAÇÕES GERAIS
Pagamento em até 30 dias após a data de vencimento. O cliente pode optar por pagar em até 10 dias após a data de vencimento, com desconto de 5% no valor total da fatura. O cliente também pode optar por pagar em até 15 dias após a data de vencimento, com desconto de 2% no valor total da fatura. O cliente deve optar por uma das opções de pagamento antes da data de vencimento. O cliente pode consultar o histórico de pagamentos no site da CELPE.

Descrição	Valor	%	Valor	Descrição	Valor	%
Consumo Ativo até 30 kWh	7.78	7.2%		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31.04	28.9%
Consumo Ativo superior a 100 até 770 kWh	43.81	40.8%				
Acrescimo Bandeira AMARELA	1.18	1.1%				
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3.03	2.8%				
Contrib. Rum. Pública Municipal	16.81	15.6%				
ICMS Subvenção COE-PE 08/2013-13/08/18	0.58	0.5%				
ICMS Subvenção Bacia Roraima	1.26	1.2%				
MJAS por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	1.00	0.9%				
Juros por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	0.77	0.7%				
Atualização ICMS 000034212 - 15/07/18	0.20	0.2%				
Total	107.06	100.0%				

Descrição	Valor	%	Valor	Descrição	Valor	%
Consumo Ativo até 30 kWh	7.78	7.2%		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31.04	28.9%
Consumo Ativo superior a 100 até 770 kWh	43.81	40.8%				
Acrescimo Bandeira AMARELA	1.18	1.1%				
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3.03	2.8%				
Contrib. Rum. Pública Municipal	16.81	15.6%				
ICMS Subvenção COE-PE 08/2013-13/08/18	0.58	0.5%				
ICMS Subvenção Bacia Roraima	1.26	1.2%				
MJAS por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	1.00	0.9%				
Juros por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	0.77	0.7%				
Atualização ICMS 000034212 - 15/07/18	0.20	0.2%				
Total	107.06	100.0%				

Descrição	Valor	%	Valor	Descrição	Valor	%
Consumo Ativo até 30 kWh	7.78	7.2%		Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	31.04	28.9%
Consumo Ativo superior a 100 até 770 kWh	43.81	40.8%				
Acrescimo Bandeira AMARELA	1.18	1.1%				
Acrescimo Bandeira VERMELHA	3.03	2.8%				
Contrib. Rum. Pública Municipal	16.81	15.6%				
ICMS Subvenção COE-PE 08/2013-13/08/18	0.58	0.5%				
ICMS Subvenção Bacia Roraima	1.26	1.2%				
MJAS por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	1.00	0.9%				
Juros por 05/04/04 000034212 - 15/07/18	0.77	0.7%				
Atualização ICMS 000034212 - 15/07/18	0.20	0.2%				
Total	107.06	100.0%				

Adielson Gomes de Azevedo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
08R11		REGISTRO GERAL	10.290.955
DATA DE EMISSÃO		07/01/2016	
NOME		<< MARIA EDUARDA DOS SANTOS ARAÚJO >>	
FILIAÇÃO		<< ADIELSON GOMES DE ARAÚJO >> << IRACEMA DE FATIMA DOS SANTOS >>	
NATURALIDADE		LIMOEIRO - PE	
DOC. ORIGEM		<< CN. 18852 L'A15 F.226 CART. DOM. JARDIM-PE 24.09.1998 >>	
CPF		135.679.534-00	
ASSINATURA DA ENTREGA		LEI Nº 7.116 DE 7/9/05	
416311681509115415.6671562		F-59 58.705 6621	

08R11

Maria Eduarda dos Santos Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

135.679.534-00

Nome

MARIA EDUARDA DOS SANTOS ARAUJO

Nascimento

29/07/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

50BF.6ABA.F3BA.E47C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:28:55 do dia 06/01/2016 (hora e data de Brasília)

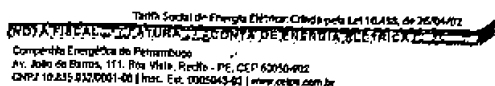
dígito verificador: 00

RECEBIDO

23 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT





CHDEREG DA UNIDADE CONSUMIDORA
SIALTO 220

ZONA RURAL BOM JARDIM BOM JARDIM R
BOM JARDIM FE
55730-000

4003202858 08/08/2019
BASE DE REGISTRO DE VOTOS 10/08/2019
41 88

072899123	LEICA	06087018
06087018	300727101	42847

DESCRIÇÃO DA NOTAFIDUCIÁRIA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água(Wh)			
Açúcarmo Bandeira AMARELA	48,00000000	0,77545172	27,73
Açúcarmo Bandeira VERMELHA			0,70
Cachaça Rum Polônia Municipal			0,00
ICMS Subvenção-CODE-NF 085331600-10/08/18			1,15
Juros por atraso-NF 085321808-10/08/18			0,23
Juros por atraso-NF 088117394-10/07/18			0,46
Juros por atraso-NF 088117394-10/07/18			0,87
Juros por atraso-NF 085331600-10/08/18			0,01
Atualização IGPM-NF 088117394-10/07/18			0,24
Atualização IGPM-NF 085321808-10/08/18			0,01
Atualização IGPM-NF 085321808-10/08/18			0,21

41.09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA										41.08
NR DO IMPEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	PERÍODO	DATA	LETURA	DATA	LETURA	NR DO DATA	CONSTANTE	AUMENTO	CONSUMO (KWH)
001(0402)	CA1	19-07-2018	14-08-2018	9.477,00	09-08-2018	9.477,00	30	1.000,00		41,00

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260 270 280 290 300 310 320 330 340 350 360 370 380 390 400 410 420 430 440 450 460 470 480 490 500 510 520 530 540 550 560 570 580 590 600 610 620 630 640 650 660 670 680 690 700 710 720 730 740 750 760 770 780 790 800 810 820 830 840 850 860 870 880 890 900 910 920 930 940 950 960 970 980 990 1000 1010 1020 1030 1040 1050 1060 1070 1080 1090 1100 1110 1120 1130 1140 1150 1160 1170 1180 1190 1200 1210 1220 1230 1240 1250 1260 1270 1280 1290 1300 1310 1320 1330 1340 1350 1360 1370 1380 1390 1400 1410 1420 1430 1440 1450 1460 1470 1480 1490 1500 1510 1520 1530 1540 1550 1560 1570 1580 1590 1600 1610 1620 1630 1640 1650 1660 1670 1680 1690 1700 1710 1720 1730 1740 1750 1760 1770 1780 1790 1800 1810 1820 1830 1840 1850 1860 1870 1880 1890 1900 1910 1920 1930 1940 1950 1960 1970 1980 1990 2000 2010 2020 2030 2040 2050 2060 2070 2080 2090 2100 2110 2120 2130 2140 2150 2160 2170 2180 2190 2200 2210 2220 2230 2240 2250 2260 2270 2280 2290 2300 2310 2320 2330 2340 2350 2360 2370 2380 2390 2400 2410 2420 2430 2440 2450 2460 2470 2480 2490 2500 2510 2520 2530 2540 2550 2560 2570 2580 2590 2600 2610 2620 2630 2640 2650 2660 2670 2680 2690 2700 2710 2720 2730 2740 2750 2760 2770 2780 2790 2800 2810 2820 2830 2840 2850 2860 2870 2880 2890 2900 2910 2920 2930 2940 2950 2960 2970 2980 2990 3000 3010 3020 3030 3040 3050 3060 3070 3080 3090 3100 3110 3120 3130 3140 3150 3160 3170 3180 3190 3200 3210 3220 3230 3240 3250 3260 3270 3280 3290 3300 3310 3320 3330 3340 3350 3360 3370 3380 3390 3400 3410 3420 3430 3440 3450 3460 3470 3480 3490 3500 3510 3520 3530 3540 3550 3560 3570 3580 3590 3600 3610 3620 3630 3640 3650 3660 3670 3680 3690 3700 3710 3720 3730 3740 3750 3760 3770 3780 3790 3800 3810 3820 3830 3840 3850 3860 3870 3880 3890 3900 3910 3920 3930 3940 3950 3960 3970 3980 3990 4000 4010 4020 4030 4040 4050 4060 4070 4080 4090 4100 4110 4120 4130 4140 4150 4160 4170 4180 4190 4200 4210 4220 4230 4240 4250 4260 4270 4280 4290 4300 4310 4320 4330 4340 4350 4360 4370 4380 4390 4400 4410 4420 4430 4440 4450 4460 4470 4480 4490 4500 4510 4520 4530 4540 4550 4560 4570 4580 4590 4600 4610 4620 4630 4640 4650 4660 4670 4680 4690 4700 4710 4720 4730 4740 4750 4760 4770 4780 4790 4800 4810 4820 4830 4840 4850 4860 4870 4880 4890 4900 4910 4920 4930 4940 4950 4960 4970 4980 4990 5000 5010 5020 5030 5040 5050 5060 5070 5080 5090 5100 5110 5120 5130 5140 5150 5160 5170 5180 5190 5200 5210 5220 5230 5240 5250 5260 5270 5280 5290 5300 5310 5320 5330 5340 5350 5360 5370 5380 5390 5400 5410 5420 5430 5440 5450 5460 5470 5480 5490 5500 5510 5520 5530 5540 5550 5560 5570 5580 5590 5600 5610 5620 5630 5640 5650 5660 5670 5680 5690 5700 5710 5720 5730 5740 5750 5760 5770 5780 5790 5800 5810 5820 5830 5840 5850 5860 5870 5880 5890 5900 5910 5920 5930 5940 5950 5960 5970 5980 5990 6000 6010 6020 6030 6040 6050 6060 6070 6080 6090 6100 6110 6120 6130 6140 6150 6160 6170 6180 6190 6200 6210 6220 6230 6240 6250 6260 6270 6280 6290 6300 6310 6320 6330 6340 6350 6360 6370 6380 6390 6400 6410 6420 6430 6440 6450 6460 6470 6480 6490 6500 6510 6520 6530 6540 6550 6560 6570 6580 6590 6600 6610 6620 6630 6640 6650 6660 6670 6680 6690 6700 6710 6720 6730 6740 6750 6760 6770 6780 6790 6800 6810 6820 6830 6840 6850 6860 6870 6880 6890 6900 6910 6920 6930 6940 6950 6960 6970 6980 6990 7000 7010 7020 7030 7040 7050 7060 7070 7080 7090 7100 7110 7120 7130 7140 7150 7160 7170 7180 7190 7200 7210 7220 7230 7240 7250 7260 7270 7280 7290 7300 7310 7320 7330 7340 7350 7360 7370 7380 7390 7400 7410 7420 7430 7440 7450 7460 7470 7480 7490 7500 7510 7520 7530 7540 7550 7560 7570 7580 7590 7600 7610 7620 7630 7640 7650 7660 7670 7680 7690 7700 7710 7720 7730 7740 7750 7760 7770 7780 7790 7800 7810 7820 7830 7840 7850 7860 7870 7880 7890 7900 7910 7920 7930 7940 7950 7960 7970 7980 7990 8000 8010 8020 8030 8040 8050 8060 8070 8080 8090 8100 8110 8120 8130 8140 8150 8160 8170 8180 8190 8200 8210 8220 8230 8240 8250 8260 8270 8280 8290 8300 8310 8320 8330 8340

FEDD 315E 07A6 D72E BAEF 86E7 B54C 58E7

● 2014年12月15日 星期一

Firenze, 12 marzo 1992. Il primo incontro di lavoro tra i dirigenti del Pci e i dirigenti del Psi si è svolto a Firenze, 12 marzo 1992. I due partiti hanno deciso di avviare una serie di iniziative di collaborazione politica e culturale. In primo luogo, i due partiti hanno deciso di avviare una serie di iniziative di collaborazione politica e culturale. In primo luogo, i due partiti hanno deciso di avviare una serie di iniziative di collaborazione politica e culturale.

[illegible]

CORPORATE					TRUSTS	
INVESTMENTS					RENTS	
DIVIDENDS					CAPITAL GAINS	
LOSSES					OTHER	
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	32	33	34	35
36	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63
64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77
78	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98
99	100	101	102	103	104	105
106	107	108	109	110	111	112
113	114	115	116	117	118	119
120	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	133
134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147
148	149	150	151	152	153	154
155	156	157	158	159	160	161
162	163	164	165	166	167	168
169	170	171	172	173	174	175
176	177	178	179	180	181	182
183	184	185	186	187	188	189
190	191	192	193	194	195	196
197	198	199	200	201	202	203
204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217
218	219	220	221	222	223	224
225	226	227	228	229	230	231
232	233	234	235	236	237	238
239	240	241	242	243	244	245
246	247	248	249	250	251	252
253	254	255	256	257	258	259
260	261	262	263	264	265	266
267	268	269	270	271	272	273
274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287
288	289	290	291	292	293	294
295	296	297	298	299	300	301
302	303	304	305	306	307	308
309	310	311	312	313	314	315
316	317	318	319	320	321	322
323	324	325	326	327	328	329
330	331	332	333	334	335	336
337	338	339	340	341	342	343
344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357
358	359	360	361	362	363	364
365	366	367	368	369	370	371
372	373	374	375	376	377	378
379	380	381	382	383	384	385
386	387	388	389	390	391	392
393	394	395	396	397	398	399
400	401					

LIVRO: R\$ 12,00 FUSO: Y anos do Ensino de Ues de: Matemática de 1º a 3º ano

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
4003207058	08/2018	16/08/2018	11,80

83840000000-6 41680011004-0 00320285810-6 14133910443-4



Maria Eduarda dos
Santos Araújo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

**VALIDA EM TODOS
 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1416680715

NOME
 SERGIO ROBERTO VERRIERA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / RG (CPF/CPF)
 1490841 SSP PE

CPF
 653.465.424-87

DATA NASCIMENTO
 15/02/1959

FUNÇÃO
 ASSISTENTE SOCIAL DA
 SILVA
 TRACENA MARIA DA SILVA

TERMINO
 28/11/2021

ACE
 28/11/2021

DATA NUL
 28/11/2021

VALIDADE
 28/11/2021

1ª EMISSÃO
 27/02/1998

ORIGEM
 Exerce Ativ Remunerada

Sergio Roberto Verriera da Silva

LOCAL
 LINDOIRO - PE

DATA EMISSÃO
 14/12/2016

Sergio Roberto Verriera da Silva

50424415706
PRO76078108

1416680715

PRO76078108



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 TRIBUNAL NACIONAL DE ELEIÇÕES
 TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO PIAUÍ

NOME
 CLEDEVANIR MARQUES DOS SANTOS

DOL. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA / UF
 5832491-6 DS PE

CPF 920.925.766-62 **DATA NASCIMENTO** 10/06/1979

FUNÇÃO
 MONTEI SANTOS DOS
 SANTOS
 ANTONIA MARIA MARQUES
 DOS SANTOS

PERIODO **ACC** **OUT. 948**
 06/06/2019 06/06/2019 1

N. Registro 06493464579 **VALIDADE** 28/10/2019 **REINSCRIÇÃO** 28/10/2015

Observações
 A

LOCAL LITOMEDO - PE **DATA CRIAÇÃO** 23/11/2016

Assinatura
 Carlos Roberto dos Reis
 Diretor Regional
 05479167641
 22076170713

1416370634





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - 6º andar, Recife - PE CEP 50050-000
CNPJ 10.635.832/0001-08 | Ins. Est. 006/241453 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA COM ANTONIO LEITAO DE MELO 7

CPF: 653.655.434-87

END: JARDIM BOM JARDIM
SOM JARDIM PE
55730-000

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
07/08/2019	13/08/2019	13/08/2019
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
13/08/2019	20/08/2019	27/08/2019

CONTA CONTRATADA	VALOR
7021887650	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
20/08/2019	27/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	100,80

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	117,000000	0,77645172	90,77
Atividade Bandeira AMARELA			1,49
Atividade Bandeira VERMELHA			7,58
Contribuição Social do Consumidor			4,20
Imposto de Renda			6,76

TOTAL DA FATURA 100,80

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DE MEDIÇÃO	TIPO DA MEDIÇÃO	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
105000	CAI	11/08/2019	92 039 02	13/08/2019	97 215 80	30	1.6000		117,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE CONSUMO	
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	CONSUMO (kWh)	PERÍODO	CONSUMO (kWh)
AGO 19	117	AGO 19	117	AGO 19	117
JUL 19	121	JUL 19	121	JUL 19	121
JUN 19	133	JUN 19	133	JUN 19	133
MAY 19	150	MAY 19	150	MAY 19	150
ABR 19	124	ABR 19	124	ABR 19	124
MAR 19	147	MAR 19	147	MAR 19	147
FEV 19	132	FEV 19	132	FEV 19	132
JAN 19	155	JAN 19	155	JAN 19	155
DEZ 18	171	DEZ 18	171	DEZ 18	171
NOV 18	158	NOV 18	158	NOV 18	158
OUT 18	147	OUT 18	147	OUT 18	147
SET 18	125	SET 18	125	SET 18	125
AGO 18	147	AGO 18	147	AGO 18	147

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre no seu cartão de crédito a data de vencimento da fatura e o valor a pagar. A fatura é emitida em nome do titular da conta. O valor a pagar é o valor da fatura mais o valor do imposto de renda. O valor do imposto de renda é calculado com base no valor da fatura. O valor do imposto de renda é calculado com base no valor da fatura. O valor do imposto de renda é calculado com base no valor da fatura.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				TOMADA DE TERCEIROS			
TIPO DE INTERFERÊNCIA	VALOR	DATA	VALOR	TIPO DE INTERFERÊNCIA	VALOR	DATA	VALOR
DE	0,00	1,00	11,00	DE	0,00	1,00	11,00
DE	0,00	2,00	22,00	DE	0,00	2,00	22,00
DE	0,00	3,00	33,00	DE	0,00	3,00	33,00

Sergio Roberto Ferreira da Silva e
Wagner Marques dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435

Cidade: Bom Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/08/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com déficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435

Cidade: Bom Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/08/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Ferimento extenso em antebraço, joelho e pé esquerdo, com lesão do mecanismo extensor do joelho esquerdo e lesão dos tendões extensores do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com deformidade importante do joelho esquerdo, em flexão sustentada, não consegue realizar extensão, marcha claudicante, hipotrofia muscular do membro inferior esquerdo, com déficit de força do membro. Apresenta cicatriz em dorso do pé esquerdo, com retração cicatricial, edema local, limitação na flexão plantar (20 graus) e dorsal (10 graus) do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento com limpeza cirúrgica, evoluindo com infecção do ferimento em joelho, sendo reabordado cirurgicamente. Fez fisioterapia, alta há cerca de 30 dias. Alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/09/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190431435

Cidade: Bom Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADIELSON GOMES DE ARAUJO

Data do acidente: 23/08/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO CUTÂNEO DE PELE LIVRE/DEBRIDAMENTO/INSTALAÇÃO DE DRENO PENROSE/SUTURA). ALTA MÉDICA. PÁG. 2/8/9/10

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: (NÍVEL DE LESÃO ENXERTO)

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

