

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403159/19

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

CPF: 016.351.734-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/04/2017

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE
ARAUJO NETO

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO : 016.351.734-77

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019

Nome: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

CPF: 016.351.734-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019

Nome: Patrícia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Patrícia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 09/04/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190642207 **Cidade:** Itambé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO **Data do acidente:** 09/04/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403159/19

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

CPF: 016.351.734-77

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 09/04/2017

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO : 016.351.734-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2019
Nome: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO
CPF: 016.351.734-77

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642207

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 09/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

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



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642207

Vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Data do Acidente: 09/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000218-6

Conta: 000000005219-1

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.

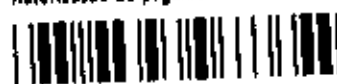
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 016.351.734-77 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

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

5 - Nome completo: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO 6 - CPF: 016.351.734-77
7 - Profissão: POLICIAL MILITAR 8 - Endereço: 12, DOM PEDRO II 9 - Número: 118 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SALGADÉIRA 12 - Cidade: ITAMBÉ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 5520-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0018 6 CONTA: 00052.19 4
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ITAMBÉ - PE, 07/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



01/10/2019 10:00

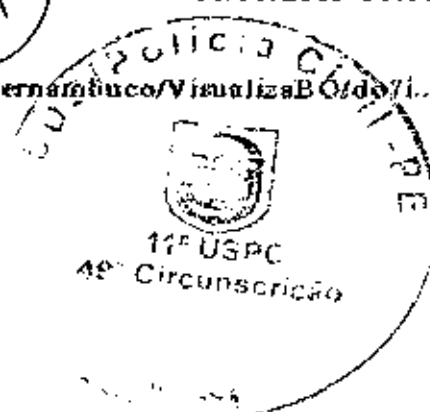
1 of 3

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBOfdo71...



coab



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0139000533

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/06/2017 às
12:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia 5/4/2017 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 1, PE 76 - Bairro:
CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO**

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

**ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: BERNADETE SALES DE BRITO Data de Nascimento: 2/2/1992 Naturalidade:
ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2696799/SS/PE (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:
- 81994768870**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 112, RUA DÃO PEDRO II - CEP: 55000-000
- Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: ITAMBÉ
/ PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO FERREIRA DE
ARAUJO NETO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125 Objeto apreendido: Não



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE INVESTIGACAO - TAMARE -
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACAO DE DEFESA

BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 17013900033

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/09/2017 às
13:10

ACIONTE DE TRANSITO COM VITIMA NA ESTRADA - GOLOS (GOLASSO)
que aconteceu no dia 01/09/2017 no bairro da Mata

1 - Local da ocorrência: MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 1º DEZEMBRO
CENTRO - TAMARE - PERNAMBUCO - BRASIL
2 - Via pública

3 - Descrição da ocorrência

4 - Descrição da ocorrência

5 - Descrição da ocorrência

6 - Descrição da ocorrência

7 - Descrição da ocorrência

8 - Descrição da ocorrência

9 - Descrição da ocorrência

10 - Descrição da ocorrência

11 - Descrição da ocorrência

12 - Descrição da ocorrência

13 - Descrição da ocorrência

14 - Descrição da ocorrência

Placa: **M027443** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **199665963** Chassi: **6C2JC4220AR31388E**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **CASOLINA**

2018

Complemento / Observação

2 of 3

01/10/2019 10:00

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

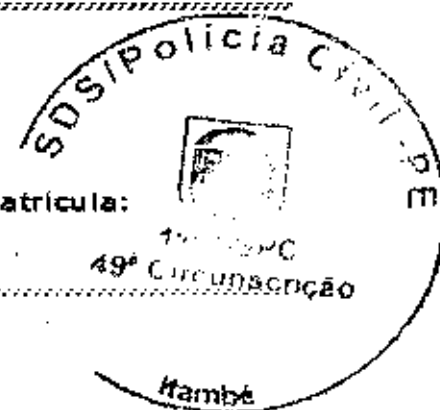
<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?L...>

A VITIMA CITADA ACIMA VEIO A ESTA DP INFORMAR QUE NA DATA CITADA SOFREU UM ACIDENTE NA PE 75 ONDE UM CARRO CELTA BRANCO DE PLACA NÃO INFORMADA BATEU EM SUA MOTO ONDE A VITIMA FRATUROU O QUARTO DEDO DA MÃO ESQUERDA E FOI LEVADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE DE SOUZA MACIEL EM PEDRAS DE FOGO E EM SEGUIDA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS EM JOÃO PESSOA. CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO.

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

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE OTAVIANO MEDEIROS PINHEIRO** - Matrícula: **272926-1**



$$u = u_0 + \frac{1}{2} \frac{g}{\omega^2} \frac{\partial^2 u}{\partial x^2} + \frac{1}{6} \frac{g}{\omega^2} \frac{\partial^3 u}{\partial x^3} + \frac{1}{24} \frac{g}{\omega^2} \frac{\partial^4 u}{\partial x^4} + \dots$$

↓ ↓ ↓

U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE

1. The first group of variables includes the variables that are used in the first stage of the analysis. These variables are the variables that are used to explain the dependent variable in the first stage of the analysis. The variables in this group are the variables that are used to explain the dependent variable in the first stage of the analysis.

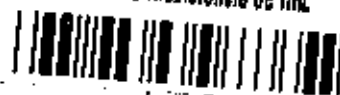
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
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
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
84

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



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

Declaração de inexistência de INQ



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:

03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00218-6

CONTA: 000000005219-1

Nr. Autenticação

BRADESCO031220190500000000002370021800000000521933750 PAGO

CELPE

DADOS DO CLIENTE
EMPRESA E VALORES DE INÍCIO

CPF: 512.087.538-98

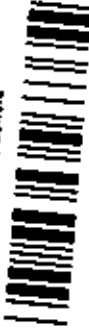
CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL

DATA INSCRIÇÃO: 07/09/1941
DATA INSCRIÇÃO: 11/09/2019
DATA INSCRIÇÃO: 11/09/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

CONSULTA AQUISIÇÃO
Atividade: Bateria Vermelha
Cidade: RUA PIAUI MURCIELLO
KMS: 5,00 - C/RS: 1107/19
RUA: RUA PIAUI MURCIELLO - 1107/19
RUA: RUA PIAUI MURCIELLO - 1107/19
RUA: RUA PIAUI MURCIELLO - 1107/19
RUA: RUA PIAUI MURCIELLO - 1107/19
RUA: RUA PIAUI MURCIELLO - 1107/19

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

84,15

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19



PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19

1107/19

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19	01/01/19

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

84,15

20/09/2019

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE

CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTA EM NOME DE



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, BERNARDETE SALES DE BRITO

RG nº 3.790.405, data de expedição 22/05/13

Órgão SPS, portador do CPF nº 842.067.384-68

com domicílio na cidade de ITAMBÉ, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Dom PEDRO #, nº 118

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ANTÔNIO FERREIRA DE ARAÚJO NETO cujo o condutor era

ANTÔNIO FERREIRA DE ARAÚJO NETO

Veículo: MOTO Modelo: Honda Biz 125 Ano: 2010

Placa: MDQ 7443/PB Chassi: 9C2JC4220AR313552

Data do Acidente: 09/04/2017

Local e Data: ITAMBÉ-PE, em 07 de outubro de 2019

X Bernardete Sales de Brito

Assinatura do Declarante

X Antônio F. de Araújo Neto

Assinatura do Condutor

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



CERTIDÃO

Nº. 1219/2017

Documentação médico-hospitalar



Atendendo solicitação de **ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento nº 20931 pertencentes ao requerente, que foi atendido dia 10/04/2017 às 15H22min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 4º dedo da mão esquerda. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de agosto de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

36-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

AX: () CNPJ:

Ficha Nr: 20931

Atd: Nao Regular

Data: 10/04/2017

Hora: 15:22:17

Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Num. Prontuario: 2017.04.001607

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3696790 Fone: 94204919

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/08/1992 Id: 24 ano(s)

End.: R-JOSE LUIS DE FRANCA, 121-NAO POSSUI CNS, ORIENTADO

Raio: CENTRO Cidade: PEDRAS DE FOGO UF: PB

Mae: BERNADETE SALES DE BRITO

Pai: VALDIR FERREIRA DE ARAUJO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: CAIXA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA*BR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) ONTEM AS 22:30HS

Vitima de violencia por: *EM ITAMBE-PE075

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Paciente che. Pac. trauma. encaminhado ao
HEETSHL.

Historia - Exame Fisico - (h. de atendimento medico)

Tratado apenas de trauma de acidente de moto ontem as 22:30hs, relatando
queimadura de 1º grau no ESq.

Diagnostico

Conduta

Rx 1x 4: ID.C

Prescrição

Horario da medicacao

Prescrição de analgésico
Uso de analgésico 4x4
Prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico

INTERMUNDO

Solicito prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico
Prescrição de analgésico

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

030404002-2
030404004-3

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Bernadete Sales de Brito

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

Realizante: Barbara V. da Silva
Revizora:
Mat. 539-6



PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRAS DE FOGO
Secretaria de Saúde e Ação Social
Sistema de Referência e Contra-Referência

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: <u>Arnono Francisco Amaro</u>		Nº
Sexo:	Idade:	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adcritiva:		
Agente de Saúde:		
Encaminhado(a) do: <u>Hospital A. M. Fogo</u>		
Para: <u>EDICAO PARANAO.</u>		
Motivo do Encaminhamento:		
<u>Paciente vítima de trauma de cabeça por acidente de trânsito, com lesão de fratura da base do crânio, com hemorragia intracraniana, com lesão de fratura da base do crânio, com hemorragia intracraniana.</u>		
<u>De encaminhamento para tratamento de urgência.</u>		
Assinatura do Encaminhante: <u>[Assinatura]</u>		
Assinatura do Recebente: <u>[Assinatura]</u>		
Assinatura do Avaliador: <u>[Assinatura]</u>		
Encaminhamento	Função	Data <u>11/09/11</u>

CONTRA REFERÊNCIA E CONDUTA REALIZADA
(Solicitamos o envio desta pelo Motorista ou pelo Paciente)

Nome:	Nº
Procedimentos:	

Data

Consultante



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PEDRAS DE FOGO
Secretaria Municipal
de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



00:03

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DIST. DR JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cod. do CNES: 2363682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

Endereço: RUA PROFESSOR GETÚLIO CÉSAR R. GUEDES, 12 - CENTRO

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAIBA

U.F.: PB

PACIENTE:

Nome: Antônio Ferreira de Paula

Sexo: M

Idade: 23

Profissão: P. Com. F. de

Documento:

Endereço:

Município:

Estado:

U.F.:

Cod. IBGE Município:

CNS:

Data do Nascimento:

Data do atendimento:

RACIA COR:

☐ 1 - BRANCA ☐ 2 - NEGRA ☒ 3 - PARD

☐ 4 - AMARELA ☐ 5 - INDÍGENA ☐ 6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SÍNOPSIS):

Pol. ulceriz. pelo sistema
de drenagem. Morte no hospital
e internado em 2º DDD mas é
neste momento em labor
nupur

ed. 2 sucessos de 14
SF 0,91. 2.500ml
compressão

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

RESULTADOS:

CRM 1000000000
CRM 1000000000
CRM 1000000000

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

CARÁTER DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVOLVIMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTOS - DESCRIÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

_____ CID - 10 _____

MEDICAÇÃO:

☐ PRESCRITA ☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA
☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRO HOSPITAL
☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERV. REALIZADOS: CÓD. PROCEDIMENTOS:

1- _____
2- _____
3- _____

CNS:

CBO:

CRM:

Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - carimbo:

Assinatura do Paciente / Acompanhante ou responsável:

Potegar Diretor:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

Revisora
M. F. 200 0 21/05/17

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

REG. IDENTIFIC. FORM. IDENTIFIC. / UF
3698790 RSE PE

CPF: 016.381.734-77 DATA NASCIMENTO: 03/08/1992

FRANÇÃO

VALDIR FERREIRA DE ARA
UJO
BERNARDE SÁLES DE RUI
TO

ESTADO: PE CID: RECIFE

REGISTRO: 06219332338- VALIDADE: 26/02/2026 HABILITAÇÃO: 70/10/2014

Antônio Ferreira de Araújo Neto

LOCAL: GOIÂNIA, PE DATA EMISSÃO: 20/03/2019

Roberto Fontelli

04951061173

PERNAMBUCO

SECRETARIA DE GOVERNO

VÁLIDEM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1821985560

RECIBO PLASTIFICAR
1821985560

Documentos de identificação



2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

ANTÔNIO BEVERINO DE PAIVA FILHO

Av. Escl. Fátima, 86 - Centro - Recife-PE - Fone (81) 3033-1305 - CEP: 55220-000 - segundo@notariatoservico.com.br, antonio@notariatoservico.com.br

A presente cópia confere com o original exibido nesta data, dou fé.

07/10/2019. Emol. R\$ 3,41, TSNR R\$ 0,68, FERC R\$ 0,34
Total R\$ 4,19 Em test. da verdade. TASSIA GYSEL

DE MORAES PAIVA - Escrevente.

Tássia Gm Paiva

Selo: 0073593.XQ069201901.00442



Consulte a autenticidade em: www.tpm.pe.br/validacao