



Número: **0000031-09.2020.8.17.2770**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.662,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO (ESPÓLIO)		LUIZ GALBA DE LIMA SOARES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (ESPÓLIO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65358619	28/07/2020 10:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

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

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 09/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE
ARAUJO NETO

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

Patricia Aleixo Silva





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, 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

Carta nº 15143980





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, 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





PEDIDO I

Autorização de pagamento



T

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

016.351.734-77 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:

ANTÔNIO 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:

SALGUEIRA

12 - Cidade:

Itambé

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55920-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BRAPESCO

AGÊNCIA:

0018

CONTA:

0005219

AGÊNCIA:

0018

CONTA:

0005219

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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dovida, 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, 07/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Boletim de ocorrência

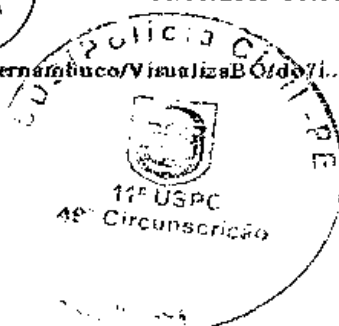


01/10/2019 10:00

http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBOfdo/1...



0005



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER/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 01/06/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 1, DE 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 (VITIMA)

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: 27/05/1972 Naturalidade:
ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3656796/SSS/PS (RG) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OPERADOR Telefones Celulares:
- 81954768870

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/RSZ125 Objeto apreendido: NÃO
Por: DESCONHECIDO Quantidade: 1 Valor: DESCONHECIDO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA INVESTIGAÇÃO - TAMARÉ
DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÃO DE DEFESA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1750139000233

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/08/2020 às 12:10

ALICATE DE TRANSITO COM VITIMA NA ESTRADA - 50102012 (ocorrida)
que aconteceu no dia 01/08/2020 no período da noite

Local: Rua Manoel de Medeiros, nº 100, Centro, Tamaré, Pernambuco, Brasil
Município de Tamaré, PE

Relatado por: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Ocorrência (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Ocorrência (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

ANTONIO FERNANDO DE ARAUJO (nº de identificação) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)
Município de Tamaré, PE
Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)

Relato: (nome) (CPF) (RG) (Data de Nascimento)



Placa: **M007443** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **199005003** Chassi: **9C2JC4720AR212588**
Ano Fabricação/Modelo: **2019/2019** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

2 of 3

01/10/2019 10:00

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

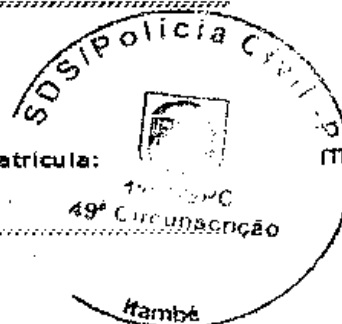
<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?L...>

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 MEDICO.

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**

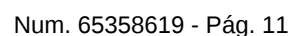


உதாரணமாக, உதாரணமாக

1. $\frac{1}{2} \times 100 = 50$

[illegible][illegible]

52-2558-7
U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C. 20535

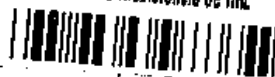


Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



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

Declaração de inexistência de IML



BRABESCO

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

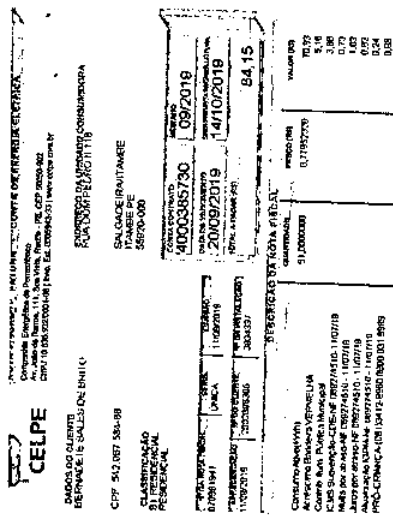
AGÊNCIA: 00218-6

CONTA: 000000005219-1

Nr. Autenticação

BRABESCO031220190500000000002370021800000000521933750 PAGO





Num. 65358619 - Pág. 14

2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

ANTÔNIO BEVERINO DE PAIVA FILHO

Av. José Paulo, 88 - Centro - Curitiba - PR - Fone: (41) 3331-1300 - CEP: 80020-000 - segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h - sábado, das 8h às 12h

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

07/10/2019, Emol.R\$ 37,41, TSNR R\$ 0,00, FERC R\$ 0,34

Reais R\$ 4,19 Em test. de verdade. TASSIA GYSEL

DE MOURA PAIVA Escrivão.

Assinatura Tássia Gm Paiva

Selo: 0075693.H000101901.00763

Cartório e autenticado por: Tássia Gm Paiva



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Declaração do proprietário do veículo



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, BERNADETE 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: 9C2JC422 OAR313552
Data do Acidente: 09/04/2017

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

x Bernadete 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 médica - 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



Ficha Nr: 20931 Attd.: Nao Regular
Data: 10/04/2017
Hora: 15:22:27
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clínica: ORTOPEDIA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

F. UKADO

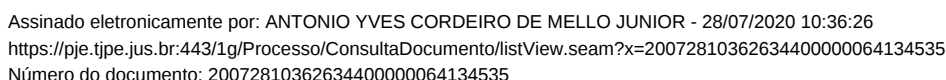
Observação

Historia - Exame Fisico - (Inferencia e encaminhamento medico)
 7. paciente apresenta dor intensa no lado direito do abdome, com duração de 2 dias, associada a náuseas e vômitos.

Conduct a

Horario da medicacao

Reapă țărâna apăsătoare:



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

0704040023
0704040043

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



Rezaque Barreto V. da Silva
Revista
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>Antonio Francisco da Silva</u>		Nº
Sexo:	Idade:	Profissão:
Endereço:		
Unidade Adscritiva:		
Agente de Saúde:		
Encaminhado(a) do: <u>Hospital A. M. F. O. S.</u>		
Para: <u>Coluna D. A. S.</u>		
Motivo do Encaminhamento:		
<u>Paciente vítima de trauma de cabeça no 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 avaliação e tratamento.</u>		
Assinatura do Encaminhante de Saúde CRM: 7674		
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



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:

--

NEEDICAÇÃO:

☐	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 Direito:

Assinatura do Revisor Técnico - carimbo:

Assinatura do Revisor Administrativo - carimbo:

Revisão
M. E. 21/05/17

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

Nome: HOSPITAL DIST. DR JOSÉ DE SOUZA MACIEL

Cód. do CNE: 2362682

CNPJ: 10.490.987/0001-23

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

Município: PEDRAS DE FOGO

Estado: PARAÍBA

U.F. PB

PACIENTE:
Nome: Antônio Ferreira de Jesus Idade: 23

Profissão: F. O. M. J. Documento:

Endereço: F. O. M. J.

Município:

Estado:

U.F.:

Cód. IBGE Município:

CNS:

Data do Nascimento:

Data do atendimento:

09.04.17

RAÇA/COR:

☐	1 - BRANCA	☐	2 - NEGRA	☒	3 - PARD
☐	4 - AMARELA	☐	5 - INDÍGENA	☐	6 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SINÓTIPO):

Por ultrassom último
de 01/04/2017, mostra o aumento
do fígado em 2000 mg e
do baço em 1000 mg.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS):

SFO, 91.250 ml

compressas

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

Enc. do H. Thaur

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

ANTONIO FERREIRA DE ARAUJO NETO

REGISTRO CIVIL
3695790 REV PE

CPF
016.351.734-77

DATA NASCIMENTO
03/08/1992

FRANÇÃO
VALDIR FERREIRA DE ARAUJO
UJO
BERNARDETE SALES DE ARAUJO
PO

PROTESTO
06219332339

VALIDADE
26/02/2024

EXPIRAÇÃO
20/03/2014

LOCAL
GOIANA, PE

DATA EMISSÃO
20/03/2019

ROBERTO FERREIRA
CPF
04551081173

PERNAMBUCO

Documentos de identificação



2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS
ANTÔNIO BEVERINO DE PAIVA FILHO
Av. Elói Fátima, 86 - Centro - Maracá-PE - CEP 55220-000 - segunda@antoniobeverino.com.br, antoniobeverino@netmail.com

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

07/10/2019. Emol. R\$ 3,41, ISNR R\$ 0,68, FERC R\$ 0,34
 Total R\$ 4,39 Em test. da verdade. TASSIA GYSEL
 DE MORAES PAIVA - Escrevente

Tássia Gm Paiva

Selo: 0073593.XQ009201901.00442

Consulte o autenticidade em: www.jus.br/autenticidade

