



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO
DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Foro de Maragogi
Processo: 00001896020188020019
Classe do Processo: Manifestação do Réu
Data/Hora: 04/10/2022 12:37:16

Partes

Solicitante: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Arquivos

Petição: 1049786_MANIFESTACAO_LAUDIO - 1-2.pdf
Documentação: 1049786_PROC ADM - 1-9.pdf
Documentação: 1049786_PROC ADM - 10-16.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MARAGOGI/AL

Processo: 00001896020188020019

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 **AGÊNCIA:** 1234 **CONTA:** 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/08/2012
NUMERO DO DOCUMENTO:	201227128101
VALOR TOTAL:	7.087,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

BANCO:	001
AGÊNCIA:	04021
CONTA:	000010013532

Número da Autenticação
BF060A1A66314250

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que, o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MARAGOGI, 4 de outubro de 2022.

**JOÃO BARBOSA
OAB/AL 3564A**

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/08/2012

NUMERO DO DOCUMENTO: 201227128101

VALOR TOTAL: 7.087,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04021

CONTA: 000010013532

Número da Autenticação

BF060A1A66314250

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/271281**
Vítima: **GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**
Local: **AL-MARAGOGI**
Data do Acidente: **20/09/2010**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

MSD

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA EXPOSTA DO ÚMERO DIREITO- TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM INFECÇÃO.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

MSD- DEFORMIDADE ÓSSEA ACENTUADA DO ÚMERO E DO COTOVELO, ENCURTAMENTO CLÍNICO, DÉFICIT ARTICULAR ACENTUADO DO OMBRO E DO COTOVELO, DÉFICIT DA PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

MSD

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GARANHUNS, 26/07/2012**Médico Perito:****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA
POLICIA CIVIL

DELEGACIA: 92º DP - Maragogi 8º DRP/DPJA3
FONE: 32961657 → DATA/HORA COMUNICADO: 26/09/2010 11:21
DELEGACIA DESTINO: 92º DP - Maragogi 8º DRP/DPJA3

0103-4/10-0401

P20.1 / 9

PATO	NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO				INSTRUMENTO: Nenhum	
	DATA/HORA: 20/09/2010 18:30		LOCAL DO FATO: AL 101 NORTE, PONTA DE MANGUE Zona Rural Maragogi			
	DIA DA SEMANA: S PONTO DE REFERÊNCIA: OFICINA DO NETO					
COR:	ESTADO CIVIL:	NACIONALIDADE:	DIA DA SEMANA:	GRAU DE INSTRUÇÃO:		
1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARADA 3 AMARELO 6 ALBINO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASADO 3 VIUVO	1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	1 SEXTA 4 QUI 7 DOM. 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	1 ANALFABETO 4 NIVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL		
NOME / RAZÃO SOCIAL: DANIELA CRISTHINE MONTEIRO LAET TORRES				RG: 4172074	SSP-AL	CPF: 78016975456
FILIAÇÃO: ADELSON PEDROSA LAET LIGIA MARIA MONTEIRO LAET						
PROFISSAO: FONOBUDISTA		DATA DE NASCIMENTO: 24/2/1976		IDADE: 34	COR: 1	SEXO: F
UF: AL NATURALIDADE: RECIFE/PE	NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 2	GRAU INSTRUÇÃO: 5	TURISTA: NÃO	
ENDERECO: AV. SENADOR RUI PALMEIRA				Nº SN		
BAIRRO: CENTRO		CIDADE: Maragogi		FONE: 82-3295-1322		
SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO				OCORRÊNCIA RELACIONADA A: qdHomofobia		
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:				Nº 0103-I/10-0482		
NOME / RAZÃO SOCIAL: GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR				RG:	SSP-AL	CPF:
FILIAÇÃO: GILSON FRANCISCO DA SILVA IVANISE MEDEIROS DA SILVA						
PROFISSAO: Outras		DATA DE NASCIMENTO: 8/6/1986		IDADE: 24	COR: 4	SEXO: M
UF: AL NATURALIDADE: MARAGOGI	NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO	
ENDERECO: PONTA DE MANGUE				Nº		
BAIRRO:		CIDADE: Maragogi		FONE:		
SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO				OCORRÊNCIA RELACIONADA A: qdHomofobia		
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:				Nº 0103-I/10-0482		

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO/INSTRUMENTO PLACA: NMC0565 CHASSI: 9352NKFVWAB005016
MARCA/MODELO: PEUGEOT 207 PASSION XR S COR: CINZA ANO FABRICACAO: 2010 ANO MODELO: 2009

STOREO TRATA-SE DE ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO AS VITIMAS ACIMA MENCIONADAS, NA DATA ACIMA DESCrita O VEICULO CITADO TRAFEGAVA PELA AL AL 101 QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA OFICINA DO NETO, O MESMO VEIO A COLIDIR COM UM PEDESTRE (GILSON FRANCISCO) QUE TENTAVA FAZER A TRAVESSIA NA RODOVIA E EMATO CONTINUO O VEICULO PERDEU O CONTROLE COLIDIENDO EM UM POSTE, ALEGA A CONDUTORA DO VEICULO (NOTICIANTE) QUE CONDUZIA O VEICULO DESCrito COM VELOCIDADE COMPATIVEL COM O TRECHO E QUE A NOITE ESTAVA BASTANTE ESCURA FATO QUE COLABOROU PARA O ACIDENTE, QUE APOS O FATO OS DOIS ENVOLVIDOS FORAM SOCORRIDOS PELO SAMU A UNIDADE MISTA MARIA VICENCIA LIMA DE LIRA EM MARAGOGI/AL , E O VEICULO ENVOLVIDO FOI REBOCADO PARA A CIDADE DO RECIFE ATÉ A OFICINA PONTUAL, LOCAL ONDE CONSTATOU A PERDA TOTAL DO VEICULO MENCIONADO.

NOTICIANTE

ASS.

ELABORADO POR: Jose Ellison Perelra Costa Junior

ASS.

RG / MAT : 3015226
A/AGORAS

AUTOR/ABRE: José Carlos Sales dos Santos

ASS.

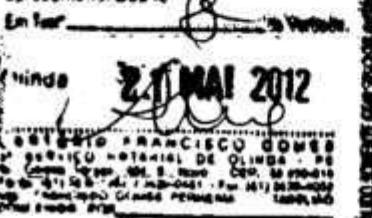
RG / MAT 305115

ESCRITÓRIO AD-HOC - José Eliseo Pacheco Gómez e Júnior - adv. - ass.

— अपनी विद्या के लिए उत्तम विद्यालयों में से एक विद्यालय की विद्यार्थी है। वह
— एक विद्यार्थी है जो अपनी विद्या के लिए उत्तम विद्यालयों में से एक विद्यालय की विद्यार्थी है।

~~100~~ 100
M. 60.845-4

11 JUN. 2012



391311



1.ª VIA

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

BO N° B-659/12

Série-A
1.ª Parte

Dados do Registrado (Ponto)	Unidade Operacional	Ocorrência	PALMARES	Data do Registro	Hora do Registro	Nº da Ficha - Total de Ponto	
	AIS-13	70°		17/05/12	09:00	01/02	
	AEGENTE NE TRÂNSITO e/ MOTO						
	Data (dd / mm / ano)	Hora (Minutos)	<input type="checkbox"/> Autoriza Conhecida <input type="checkbox"/> Autoriza Desconhecida	<input type="checkbox"/> Conhecido <input type="checkbox"/> Temerário	<input checked="" type="checkbox"/> Cuspozo Doloso	<input checked="" type="checkbox"/> Flagrante Ato Intrusivo	
	12-02-12	20:40					
	Circunstância do Fato	Local Principal da Ocorrência					
	70°	AV-PEL. PEDRO PARANHOS					
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número
	VIA PÚBLICA						S/N
	Complemento (Apto, Sala, Andar)	Bairro	CEP				
	CENTRO	55540-000					
UF	Ponto de Referência						
UF	PALMARES	PEL MERCADINHO DA BIRRA					
01	<input checked="" type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS			TURISTA	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Nome / Razão Social							
RHUAN PHELIPE Batista Portela							
E	Pai ALBERTINO Batista da Silva FILHO						
Mãe	SAEQUELINE Batista da Costa Portela						
Apelido / Nome Fantasia	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	1. Endereço (RUA) 2. Endereço	3. Telefone 4. Divergência	5. Ameaçador(a) 6. Despedida	7. Não Interessado	
15/03/93							
<input checked="" type="checkbox"/> CRM 9.200.455	Orgão Expedidor SSP	UF PE	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Quero - Quero	Orgão Receptor	Naturalidade	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número	
RUA - SANTOS DUMONT						258	
Bairro	CEP	Município	UF	Complemento			
SE PEDRO, COHAB II	55540-000	PALMARES	PE	8873-9220			
Dados Profissionais: Empresa	Profissão						
X	X	X	ESTUDANTE				
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número	
						Complemento	
Bairro	CEP	Município	UF	Telefone / Contato (DDD - Número)			
Altura Aparente 1. 1,60 m - 1,70 m 2. 1,60 - 1,65 m - 1,71 - 1,80 m 3. 1,65 - 1,75 m - 1,76 - 1,80 m	Peso 1. Até 60 kg 2. De 60 a 65 kg 3. De 65 a 70 kg	Cor da Pele 1. Pálida 2. Branca 3. Morena	1. Pés 2. Olhos	3. Negra 4. Azul 5. Marrom	6. Cabelo	7. Nacionalidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cabelo: Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)	Tipo de Cicatrizes / Local / Formato (descrever)					
Tipo de Tatungas / Local (descrever)			Detalho Físico (descrever)				
			Atributo(s) e presente(s) corporal(es) que é a reprodução feita no original, que é apresentado ou feita				
0	<input type="checkbox"/> VITIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS	TURISTA					
Nome / Razão Social						da Morte	
JOSE GENÁRIO DE MELLO						24 MAI 2012	
E	Pai GENÁRIO FEIXÓ DE MELLO						
Mãe	AURELINA TEONÓSIO DE MELLO						
Apelido / Nome Fantasia	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)	1. Endereço (RUA) 2. Endereço	3. Telefone 4. Divergência	5. Ameaçador(a) 6. Despedida	7. Não Interessado	
27/01/67							
<input checked="" type="checkbox"/> CRM 3.052.850	Orgão Expedidor SSP	UF PE	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ	<input type="checkbox"/> Quero - Quero	Orgão Receptor	Naturalidade	
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número	
RUA: MATIAS DE ACUQUERQUE						241	
Bairro	CEP	Município	UF	Complemento			
STº ONOFRE	55540-000	PALMARES	PE				
Dados Profissionais: Empresa	Profissão						
VIGILANTE							
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.)						Número	
PRACA ISMAEL GOUVEIA COM ECL. PEDRO IVO						S/N	
Bairro	CEP	Município	UF	Complemento			
CENTRO	55540-000	PALMARES	PE				
Altura Aparente 1. Até 0,5 m - 1,60 - 1,70 m 2. 1,60 - 1,65 m - 1,71 - 1,80 m 3. 1,65 - 1,75 m - 1,76 - 1,80 m	Peso 1. Até 20 kg 2. De 20 a 25 kg 3. De 25 a 30 kg	Cor da Pele 1. Pálida 2. Branca	3. Negra 4. Morena	5. Cabelo	6. Nacionalidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Cabelo: Tipo / Cor (Descrever)	Barba (Descrever)	Tipo de Cicatrizes / Local / Formato (descrever)					
JUN. 2012							



**ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

1^º VIA

BON N° B:659 / 12

Series-A
2^o Parte

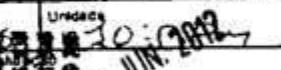
Modus Operandi Fato	Unidade Operacional: AIS-13	Circunstâcia: 70: PALMARES	Data do Registro: 17/02/12	Hora do Registro: 04:00	Nº da folha / Total de Focas	
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação de Abordagem?			
	Local de Encosta?		Forma de Encontro?			
	Aterações no Local?		Forma de Evasão?			
Crimes Sucedidos?		Estimativa?				
Objeto Envolvido	Enviado	Tipo de Objeto: 01 MOTOCICLETA	Marca / Modelo: HONDA-FAN, 150 NACIONAL (R#)	Número de Série	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
	Quantidade	Valor: 7.500,00	Moeda			
Objeto Envolvido	Enviado	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Quantidade	Valor	Moeda			
Objeto Envolvido	Qual o motivo do registro do objeto? ENVIO P/ COMPROVAÇÃO DE VERACIDADE NO FATO F. (01,02)					
	Enviado	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam	
	UF:	Chassi:	Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavam	
	UF:	Chassi	Placa		Veículo Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Dados do Veículo	Qual o motivo do registro do veículo?					

21 POR VOLTA NAS 20:40HS TUMAMOS CONHECIMENTO AVÉ
NA AV: PEDRO PARANAHOS, TÉRIA ACONTECIDO UM ACIDENTE
ENVOLVENDO UMA MOTO-FAN 150 DE PLACA: NXX-9350 QUE
SEGUNDO POPULARES O PILOTO DA REFRIGERA-MOTOCICLETA
TÉRIA SE ENFRENTADO EM UM PREDIORRO, E EM SEGUNDA
VINDA A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA
O HOSPITAL - RÉGIONAL NESTA CIDADE.

NOS DESLOPAMOS AO REFERIDO HOSPITAL E TOMAMOS
PERTEZA DA VERACIDADE DO FATO. O MOTOCICLISTA FICOU
EM OBSERVAÇÃO MÉDICA E COM ORIENTAÇÃO PARA VOLTA
PARA O ORTOPEDISTA DR: MURILLO, SETOR DE TRAUMA E
ESTABILIZADO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.

FRATURAS, DEVIDO A GRAVIDADE NA QUINTA
ENCERRAMOS A OCORRÊNCIA E EM SEGUINHA RETORNAMOS
AO SERVIÇO NORMAL. Ocorrência com NUMERAL MEXER NA Central de

Exames Periciais: S. Solicitado R. Realizado

Exames Periciais: S. Stochlinski - R. Kressler									
Tipo do Exame		Enviado	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A	Tipo do Exame: 166	Enviado	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	Tipo do Exame	Enviado	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Receptor		159773	Matricula:	30064-0	Vias:	30	Unidade:	1 JUN 2012	
Responsável pelo Prontuário		Interessado(s)	O a representante legal do proprietário do veículo SILVIANO DANTAS Enviado						
Matrícula Nº 30064-0		Aaaa:	Matrícula Nº de Verda.						
Ass: <i>Atto</i>		Ass:	Ass: <i>ATTO MAI 2012</i>						
Nome: E3 pm Hessttu		Nome:	MVR FRANCISCO ALVES						
 <p>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO Selo de Autenticidade AUTENTICAÇÃO BKW 09154</p>									



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Gibson F. de Souza Júnior

NÚMERO DO SINISTRO:

DATA DO ACIDENTE:

20/09/2010

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

20/09/2010

NOME COMPLETO E CRM MÉDICO:

Paulo R. Granja

Dr. Paulo Granja
Traumato-Ortopedista
CRM 4277

CRM - PR - 4277

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Punha unha de aranha de carro
que se punha fratura queimou Braço e cotovelo
Tratado em Ceará.

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingidos)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Ganhe unha de aranha de carro atingindo
fratura queimou Braço e cotovelo
Fratura do esternão - Ganhe a articulação
múltiplas de flexo-extensão do cotovelo
múltiplos e audição. Punho de 100%

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 31 MAI 2012

E QUE AS

RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Palmeiras31 MAI 2012

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

11 JUN. 2012



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: Gilson Francisco da Silva Junior

D.N. / IDADE: 08.06.1986

PRONTUÁRIO: 945745/4091182

DATA DO ATENDIMENTO: 20.09.2010

HORA: 21h:28min

TRASNFERENCIA 21.09.2010 – Hospital de Coruripe _ AL

DIAGNÓSTICO:

- Politraumatismo.

TRATAMENTO:

- Cirúrgico – ortopédico.

ACHADO:

- Paciente vítima de atropelamento por carro
- Fratura exposta úmero e olecrano direito tipo II
- Neuropatia nervo radial.

CONDUTA:

- Limpeza exaustiva com soro fisiológico e dissecção do nervo radial.
- Redução cruenta e fixação do úmero com fixador externo.
- Antibiótico
- Analgesia
- Sutura e curativo.

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 30 de Novembro de 2010.

Yolanya Cardoso Doria
Médica
CRM 2209/AL

11 JUN. 2012

hts

~587 - hxs

Obs: Acidentado



Prefeitura Municipal de Maragogi
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Unidade Mista Maria
Vicêncio Lima de Lira

FICHA DE EMERGÊNCIA

HORA DO ATENDIMENTO 19:04

20-09-10

NOME

Gilson Francisco da S. Ferreira 520627

SEXO

M

PRONT.

ESTADO CIVIL

Solteiro

DATA DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO

(PAI)

Juanise Medeiros de Sales

(MÃE)

Pointa de Mangue

ENFERMAGEM

ATEND / AUX ENFERMAGEM

MÉDICO

Dr. Murilo

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

V.T...a d, H.C.G. T...

M., p...o, e...p... Ju...g P...P-L... D...C...C...

J...T...o - D... C...U...S...o - M...u...J...L...

EXAME FÍSICO

E/C...c...s...q/ Genu...l...d...o)

T...v...J...n... E...m...n...s...h... E...p...S...c... d...s

O...l...c... d... B...c...c... D...

Nao A...r...a...m...i... d...i... d... R...c...u...c... s...m... V...J...J... E...h...

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO

TEMPERATURA

F RESPIRATÓRIO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO

P.L. J...n... J...c...

CONDUTA

11 JUN. 2012

ASSINATURA

HORA DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE

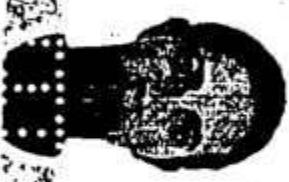
Jr. Murilo Molz Gomes
CRM 1500 AL
(62) 8847.1234 / 9571.2937

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DA BAHIA

CAC-O



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/04/2012

REGISTRO GERAL
9.452.042

NOME << GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR >>

FILIAÇÃO

<< GILSON FRANCISCO DA SILVA >>

<< IVANISE MEDEIRO DA SILVA >>

NATURALIDADE

MARAGOGI - AL

DATA DE NASCIMENTO

08/06/1986

DOC ORIGEM

<< 003574 01 55 1987 1 00006 203

0006013 56 MARAGOGI AL >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEIN 7 116 DE 29/08/83

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



11 JUN. 2012

Comprovante de Inscrição no CPF

Page 1 of 1

1 JUN 2012



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
093.801.284-36

Nome

GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR



Nascimento
08/06/1986

VALIDO SÓMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
2476.632D.512F.AB18

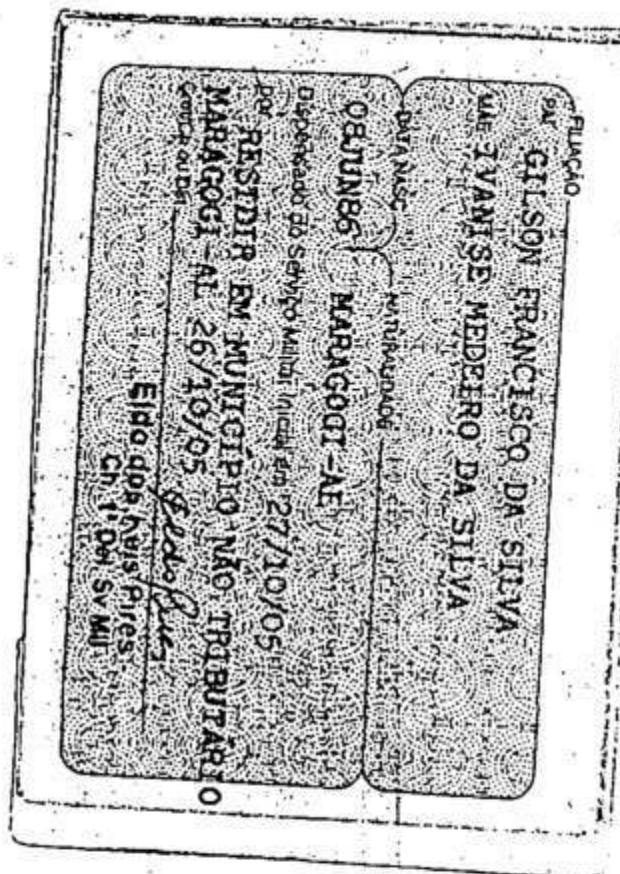
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:03:34 do dia 17/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



11 JUN. 2012

OUTROS

1004054



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 391111

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 01-Automóvel/Camioneta	Placa NMC-0565/PE			
Nome da Vítima GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	Natureza 2 - INVALIDEZ			
Tipo Sinistrado 2 - Não Transportado	Data Nascimento 08/06/1986	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 093.801.284-36	Data Ocorrência 20/09/2010

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:

- documentos:
 Certidão Nº 659/12 da autoridade policial sobre a ocorrência;
 DUT Nº _____
 RG e CPF do Sinistrado
 RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

Beneficiários

Beneficiários					
Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	Vítima	VITIMA	08/06/1986	57955-000	093.801.284-36

Declaro termos recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Assinatura:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso

PE

Page 11 JUN. 2012

11 JUN. 2012

Local da Entrega _____

92

Data 11 JUN. 2012

Beneficiário

Centauro Vida e Previdência

11 JUN. 2012

Atenção:

- Atenção:**

 - O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
 - O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR

CENTRO - Cep: 20031-204

Tel: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br

RIO DE JANEIRO - RJ



Venho através desse informar que
toda documentação que
referente aos meus avidentes já foram
entregue e não fui mais como
consignar outras documentações nem
mais gilson francisco da silva junior

27-06-2012

gilson francisco da silva junior

05 JUL. 2012



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Nº DO SINISTRO:

Eu, GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Portador(a) do RG: 9.452.042 Nº Expedido por SDS/ em (data)25/04/2012 e CPF: 093.801.284-36 Profissão TRAB. RURAL e renda mensal de R\$ na qualidade de beneficiário(a) do valor referente a indenização/reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima: GILSON FRANCISCO DA SILVA JUNIOR autorizo a Seguradora **Centauro Vida e Previdência S/A** a efetuar o respectivo Pagamento/Crédito, de acordo com a forma indicada:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

1 - CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/C:

2 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

3 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

4 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

5 - CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Nº BANCO: Nº AGÊNCIA: Nº C/P:

- Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.
- Uma vez efetuado o Pagamento/Crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

RECIFE 17 DE MAIO DE 2012
Local e Data

Gilson Francisco da Silva junior
Assinatura do Beneficiário

11 JUN. 2012

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
31/05/2012 - Autoatendimento - 12:59:56
OUVIDORIA BB 0800 729 5679
011574374 0547

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

FAVORECIDO
CLIENTE GILSON FRANCISCO DA SILVA
AGENCIA: 4021-5 CONTA: 13.532-1
VARIACAO 61
VALOR TOTAL * 5,00
NR. ENVELOPE 2.259.989.238

* Valor sujeito a conferencia.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
SER PROCESSADA.

Leda no verso como conservar este documento.
entre outras informações.

11 JUN. 2012