



Número: **0062234-20.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON GOMES DE SOUZA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55261 816	10/12/2019 09:38	<a href="#"><u>2662046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 24ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00622342020198172001

**CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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 **JAILTON GOMES DE SOUZA**, em trâmite perante este Duto 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385847800000054369002>  
Número do documento: 19121009385847800000054369002

Num. 55261816 - Pág. 1

Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 9 de dezembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385847800000054369002>  
Número do documento: 19121009385847800000054369002

Num. 55261816 - Pág. 2



Número: **0062234-20.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

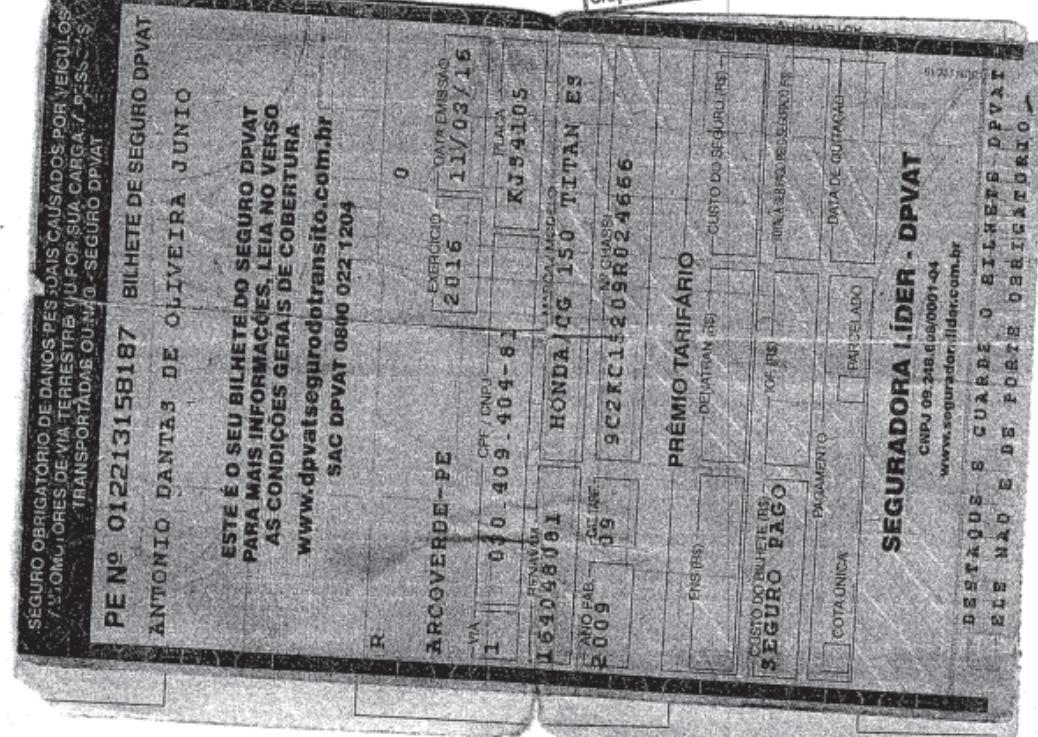
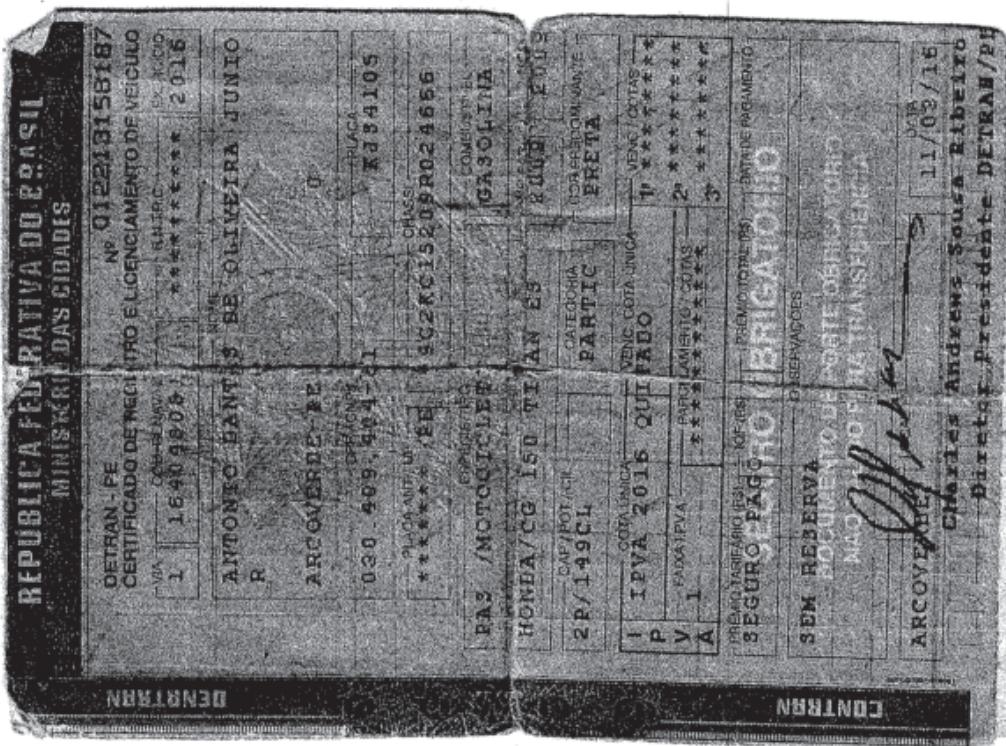
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON GOMES DE SOUZA (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55261 818	10/12/2019 09:38	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385859700000054369004>  
Número do documento: 19121009385859700000054369004

Num. 55261818 - Pág. 1



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Jhony Nunes de Souza  
 DATA DO ACIDENTE 18-06-19 CPF DA VÍTIMA 012.492.914-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adelina M. M. de P. Fernandes  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTE SÓ COM

A VÍTIMA É  ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosângela Alves da Rocca  
 N° 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro

CIDADE Brasília/DF UF DF CEP 55192-305 TELEFONE (61) 9161-3900  
 E-MAIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Seguradora SIA  
 Centro  
 Belo Horizonte  
 MG  
 31250-000

CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO...

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTERA 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 IMPSSIBILIDADE 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, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUE 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 LBI 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
 DATA 23-07-19  
 IDENTIDADE 4.910.389-558-PE  
 ASSINATURA J. A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

**NOME: JAILTON GOMES DE SOUZA**

**NACIONALIDADE: BRASILEIRO**

**PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR**

**IDENTIDADE: 7.693.833 SDS-PE CPF: 012.492.914-10**

**DATA DO ACIDENTE: 18/06/19**

**COBERTURA : INVALIDEZ**

**VÍTIMA: JAILTON GOMES DE SOUZA**

**ENDEREÇO: RUA PAU BRASIL - 70 - STO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CAP. - PE.**



### OUTORGADO

**NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**NACIONALIDADE: BRASILEIRA**

**PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR**

**IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04**

**ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE).**

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE (PE), 25 DE JULHO DE 2019.

### ASSINATURA

### RECONHECER FIRME

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) JAILTON GOMES DE SOUZA.....  
Dou fe. Santa Cruz do Cabibaribe, 25/07/2019 - Total: 4,91.  
Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade \_\_\_\_\_  
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrivente.....  
Selo(s): 0169467.1024/201901-02745.....  
\* Consulte autenticidade em: [www.tjpe.jus.br/seloidigital...](http://www.tjpe.jus.br/seloidigital...)

Tabellão: ISAAC AÉGIO FREITAS MIRANDA  
Av. Tito Siqueira Aragão, 174 - Centro  
Santa Cruz do Cabibaribe-PE - Fone: (81) 3235-8198

SANTA CRUZ DO CABIBARIBE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292110/19

**Vítima:** JAILTON GOMES DE SOUZA

**CPF:** 012.492.914-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/06/2019

**Titular do CPF:** JAILTON GOMES DE SOUZA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JAILTON GOMES DE SOUZA : 012.492.914-10

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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385859700000054369004>  
Número do documento: 19121009385859700000054369004

Num. 55261818 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190497279      Vítima: JAILTON GOMES DE SOUZA

Data do Acidente: 18/06/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILTON GOMES DE SOUZA

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

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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. 01591/01592 - carta\_03 - INVALIDEZ



00020796

Carta nº 14740282



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385859700000054369004>  
Número do documento: 19121009385859700000054369004

Num. 55261818 - Pág. 5

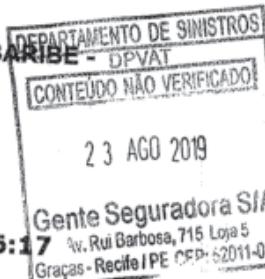


543271

0292110/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE  
DP128CIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0218002987



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019 às 16:17**  
**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia  
**18/6/2019 às 13:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE, 1, VIA DE ACESSO AO BAIRRO SANTO AGOSTINHO** - Bairro: **CENTRO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR (OUTRO)  
JAILTON GOMES DE SOUZA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JAILTON GOMES DE SOUZA

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

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

**ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL

**JAILTON GOMES DE SOUZA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUZIA GOMES SOARES DE SOUZA** Pai: **JOSE PAULO DE SOUZA** Data de Nascimento: **12/11/1982** Naturalidade: **SANTA CRUZ DO CABIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7693833/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 81997183494**

Endereço Residencial: **RUA PAU BRASIL, 70 - CEP: 0 - Bairro: VILA SANTO AGOSTINHO - SANTA CRUZ DO CABIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILTON GOMES DE SOUZA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJS4105** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **16404308** Chassi: **9C2KC1520R024666**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**



Complemento / Observação

A VITIMA CONDUZIA SOZINHO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE PLACA KJS-4105 PELA VIA DE ACESSO DO SANTO AGOSTINHO NO SENTIDO BAIRRO DO SANTO AGOSTINHO - CENTRO SANTA CRUZ DO CABIBARIBE QUANDO UM OUTRO CONDUTOR NAO IDENTIFICADO NUMA MOTOCICLETA TAMBEM NAO IDENTIFICADA CRUZOU A VIA VINDO DE UMA TRANSVERSAL ADENTRANDO A VIA DE FORMA IRREGULAR E REPENTINA; QUE A VITIMA TENTOU EVITAR A COLISAO MAS NAO CONSEGUIU E ENTAO COLIDIU COM A MOTOCICLETA QUE CRUZARA A VIA; O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL APOS O OCORRIDO; QUE EM VIRTUDE DA COLISAO SOFREU LESOES EM MEMBRO INFERIOR DIREITO SENDO SOCORRIDO POR POPULARES ATE A UPA 24H SANTA CRUZ DOCABIBARIBE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS;

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

*Jilton Gomes de Souza*

JAILTON GOMES DE SOUZA  
(VITIMA)

*Cofo*

B.O. registrado por: **GEORGE DE OLIVEIRA SOUSA** - Matrícula: **273066-9**



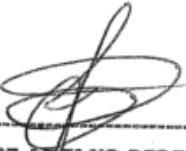


**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILTON GOMES DE SOUZA** nascido em 12/11/1982 esteve nesta unidade hospitalar no dia 18/06/2019 por volta das **13h40min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043



*José Ademir Pereira  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento 24h  
MAT. 514591*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99986-5994 CEP:55190-000

Verde

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0239373 18/06/2019 13:40:32

Paciente: JAILTON GOMES DE SOUZA

Sexo: MASC D. Nasc.: 12/11/1982

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: LUIZA GOMES SOARES DE SOUZA

Pai: JOSE PAULO DE SOUZA

Endereço:

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg

P脉:

Temperatura: 37.8

Peso:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Histórico da Doença atual: Pac. deu entrada na unidade com ferimento contuso em pé direito entre 1º e 2º metatarsiano, com dor e edema nesse mesmo.

Exame Físico:



Diagnóstico Provisório: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE METATIMAL DO SÉ PONTO PÁCTIL DIREITO

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: ① Rx de pé direito

② Limpeza

③ Subtra + curativo (suspenso)

④

④ TRAMAL 100mg C/FA + 100ml SF0.9% (ev) 14:40h

Liberação do Paciente: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico:

⑤ CEFALOTINA 1g C/FA + AD (ev) 3 14:40h

⑥ URGÊNCIA DE FRANCA  
atendida  
MRA - 5708708

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Ingrid Pereira  
23401  
18 JUN. 2019



## FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:40

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Uso de medicações: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor( ); PC<50>140( ); FR>32vpm( ); Extremidades frias( ); Pulso Fraco( );

Pulso Ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( ); Letargia( ); Convulsionando( );

Irresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intestinal( ); Lesão grave( );

Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas( ); Hipoglicemia com sudorese intensa( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC <50 ou >140( ); PAS <90 ou >190mmhg( );

PAD>130( ); Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas últimas 24horas( );

Mucosas ressecadas( ); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas( ); Abuso Sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( );

história até 72h de: Hematémese( ); Enterorragia( ); Epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( );

Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, quações( ); Dor abdominal

sem alterações de SSW/ 10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg

sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( );

OBS: Permaneço em pé ( ) pos trauma ( )

### CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( );

Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h( ); Curativos ou retirada

de pontos( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );

Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( );

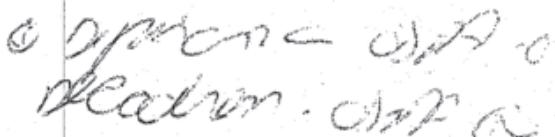
OBS: \_\_\_\_\_

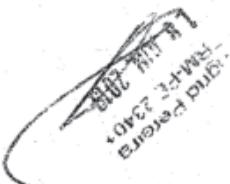
CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA( ) AMARELA( ) VERDE( ) AZUL( )

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )

  
BETTINA  
ENFERMEIRA  
CRB-11/3005

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

  
Operador: D.R. o  
Médico: D.R. o

  
D.R. o  
Médico: D.R. o  
Data: 11/12/2019  
Papelaria: 2301  
Papelaria: 2301







**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. de A. Fernandes inscrito(a) no CPF sob o N° 945.234.441-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adilton Gomes de Souza inscrito(a) no CPF sob o N° 012.492.914-10, do sinistro de DPVAT cobertura INV - da Vítima Adilton Gomes de Souza inscrito(a) no CPF sob o N° 012.492.914-10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

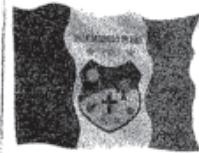
Endereço	<u>R Rosamira Alves da Rocca</u>		Número	<u>03</u>	Complemento	<u>00A</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>ST. Lázaro</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55192305</u>
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>81 91613907</u>	

St. Lázaro 25 de Julho de 2019  
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



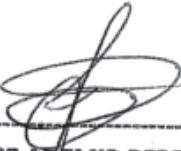


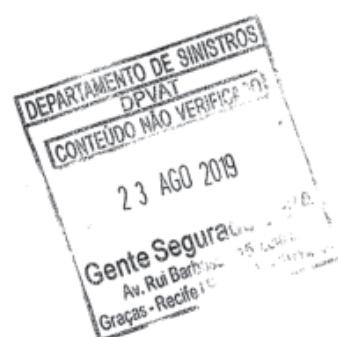
**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **JAILTON GOMES DE SOUZA** nascido em 12/11/1982 esteve nesta unidade hospitalar no dia 18/06/2019 por volta das **13h40min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 18 de JULHO de 2019.

ATENCIOSAMENTE

  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043



*José Ademir Pereira  
Diretor  
Unidade Administrativa 01-20  
MAT. 514591*



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)

UPA JOSÉ VIEIRA FILHO

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.198.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99986-5994 CEP:55190-000

Verde

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0239373 18/06/2019 13:40:32

Paciente: JAILTON GOMES DE SOUZA

Sexo: MASC D. Nasc.: 12/11/1982

RG:

Profissão:

Filiação: Mãe: LUIZA GOMES SOARES DE SOUZA  
Pai: JOSE PAULO DE SOUZA

Endereço:

Bairro:

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg

P脉:

Temperatura: 37,8

Peso:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Histórico da Doença atual: Pac. deu entrada na unidade com ferimento contuso em pé direito entre 1º e 2º metatarsiano, com dor e edema muito intenso.

Exame Físico:



Diagnóstico Provisório: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE METATIMAL DO SÉ PONTO PÁCTIL DIREITO

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: ① Rx de pé direito

② Limpeza

③ Subtra + curativo (suspenso)

④

④ TRAMAL 100mg C/FA + 100ml SF0,9% (ev) 14:40h

Liberação do Paciente: Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico:

⑤ CEFALOTINA 1g C/FA + AD (ev) 3 14:40h

⑥ Rx de curativo  
até 06/07/2019  
MRA - 5708708

Carimbo e Assinatura do Atendente:

Ingrid Pereira  
23401  
18 JUN. 2019



## FICHA DE ATENDIMENTO

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: 13:40

Doenças preexistentes: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Uso de medicações: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERMELHA

Apnéia( ); Cianose( ); Estridor( ); PC<50>140( ); FR>32vpm( ); Extremidades frias( ); Pulso Fraco( );

Pulso Ausente( ); Sudorese( ); PAS<80mmhg( ); PAD>130mmhg( ); Letargia( ); Convulsionando( );

Irresponsivo ou só resposta a dor( ); Intoxicação exógena( ); Sangramento intestinal( ); Lesão grave( );

Queimaduras>25% de SC ou acometimento de vias aéreas( ); Hipoglicemia com sudorese intensa( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO AMARELA

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16( ); FC <50 ou >140( ); PAS <90 ou >190mmhg( );

PAD>130( ); Febre >39°C( ); Febre com imunodepressão( ); Convulsão nas últimas 24horas( );

Mucosas ressecadas( ); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas( ); Abuso Sexual( ); Dor abdominal ou torácica intensa( );

história até 72h de: Hematémese( ); Enterorragia( ); Epistaxe( ); Acidente perfuro/cortante c/material biológico( );

OBS: \_\_\_\_\_

### CLASSIFICAR COMO VERDE

Idoso com queixas( ); TCE sem perda de consciência( ); Febre sem outros sinais clínicos( );

Lombalgia intensa( ); Retorno com >24h( ); Entorse, suspeita de fraturas, quações( ); Dor abdominal

sem alterações de SSW/ 10; PAS entre 160 e 190 mmhg sem sintomas( ); PAD entre 110 e 130mmhg

sem sintomas( ); Dor de garganta com História de febre e com placas sem toxemia( );

OBS: Permaneço em pé ( ) pos trauma ( )

### CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas( ); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal( );

Coriza crônica ou recorrente( ); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h( ); Curativos ou retirada

de pontos( ); Vômitos ou diarréia sem desidratação( ); Constipação intestinal sem outros sintomas( );

Administração de medicamentos( ); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes( );

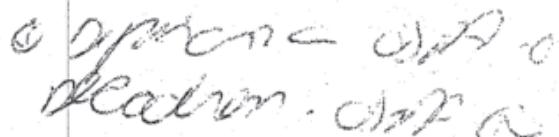
OBS: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHA( ) AMARELA( ) VERDE( ) AZUL( )

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL ( ) MÉDICO ( )

  
BETINA  
ENFERMEIRA  
CRB-11/2005

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

  
Operador: D.R. o  
Médico: D.R. o

  
D.R. o  
Médico: D.R. o  
Data: 11/12/2019  
Papelaria: D.R. o





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JAILTON Gomes de Souza

ENCAMINHO

PACIENTE TRAZIDO POR TERCEIROS, 37 ANOS, VITIMA DE COLISÃO (MOTO/MOTO), SEM TCE, APRESENTA LESÃO CORTOCINTUSA ENTRE 4º e 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

# Ao exame Físico:

EEG, LOTE, NORMOCORÁPO, ACINÓTICO, AFEBRIL, ANESTÉTICO, EUPNÓICO, HIDRATADO.

GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES.

Foi feita RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO ONDE EVIDENCIOU FRATURA FRAGMENTADA DO 5º PODODÁCTILO (FALANGE PROXIMAL). #HD: FRATURA EXPARTA DO 5º PODODÁCTILO #CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

#

# N°

Data: 1/1/

Ingrid Pereira

CRM-PE 23401

18 JUN. 2018

MÉDICO

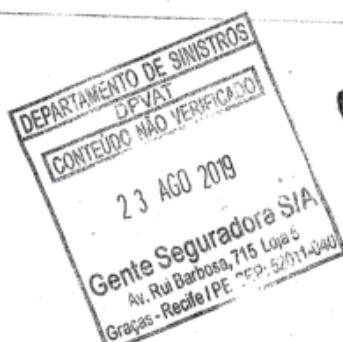
Nome: M.R.D. 5208706

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Rg.: \_\_\_\_\_

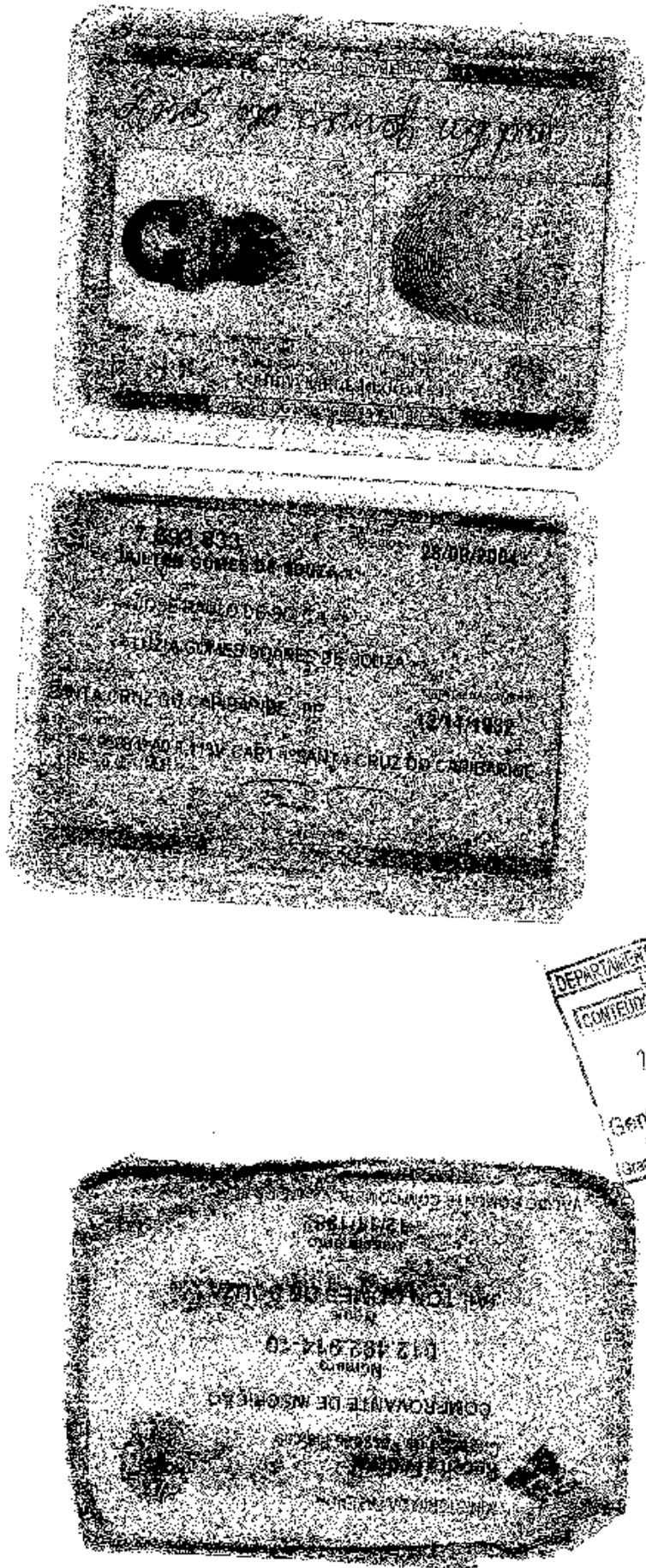
Data: 1/1/

MÉDICO



*CÓPIA AUTORIZADA*





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/12/2019 09:38:58  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121009385859700000054369004>  
Número do documento: 19121009385859700000054369004

Num. 55261818 - Pág. 18

