



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
55261816	10/12/2019 09:38	2662046_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	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 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:

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.



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





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
55261818	10/12/2019 09:38	ANEXO 1	Outros (Documento)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PÉS TERCEIROS CAUSADOS POR VEÍCULOS
7.5.000,00 DIÁRIOS DE VIA TERRESTRE 100 POR SUA CARGA 7.5.000,00
TRANSPORTADORA OU 100 - SEGURO DPVAT

PE Nº 012213158187 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO DANTAS DE OLIVEIRA JUNIO

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegprodtransito.com.br**

SAC DPVAT 0800 022 1204

ARCOVERDE-PE

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 11/03/16

0

CPF (DPV) 030 409 404-62

PLACA KJ54105

RENAVAM 164028081

VEICULO HONDA CG 150 TITAN ES

ANEXO 9C2KCL5209R024666

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO BILHETE R\$ SEGURO PAGO

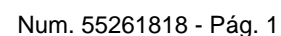
DATA DE QUITACAO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.218.603/0001-04

www.seguradoralider.com.br

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ESTE NÃO É DE FORTES OBRIGATORIO**





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Wilson Gomes de Souza

DATA DO ACIDENTE 18-06-19 CPF DA VÍTIMA 012.492.914-10

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adriana M. de A. Fernandes

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARAFRASEADO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR R. Rosemina Alves da Rocha

Nº 03 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Centro

CIDADE Sto. Paulo da Cal. UF PC CEP 55192305

E-MAIL _____ TELEFONE (81) 916139018

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25-07-19

IDENTIDADE 4.910.38955PR

ASSINATURA Adriana M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



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.

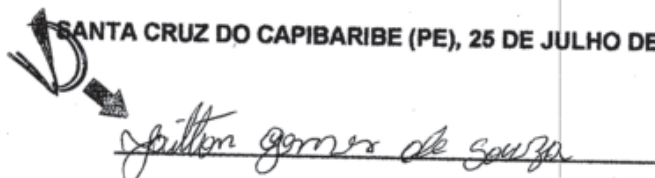


OUTORGADO

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 CAPIBARIBE (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 CAPIBARIBE (PE), 25 DE JULHO DE 2019.



ASSINATURA

RECONHECER FIRMA

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	Tabelião: ISAAC AÉCIO FREITAS MIRANDA Av. Tito Simeão Aragão, 174 - Centro Santa Cruz do Capibaribe-PE - Fone: (81) 3331-1719
Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma) firma(s) de: (1) JAILTON GOMES DE SOUZA.	
Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 25/07/2019 - Total: 4,91	
Em Testemunho da verdade	
Jaqueline Lima da Silva Souza - Escrevente	
Selo(s): 0159467.1007201901.02745	
* Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/sei/digital	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292110/19

Vítima: JAILTON GOMES DE SOUZA

CPF: 012.492.914-10

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON GOMES DE SOUZA

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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





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

Rio de Janeiro, 23 de 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:

Declaração do Proprietário do Veículo	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

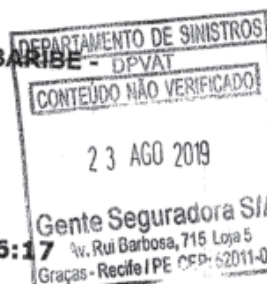




543271
0292110/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0218002987**



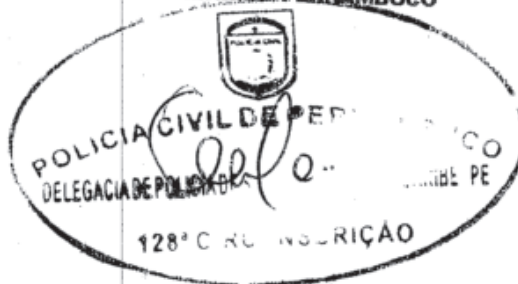
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2019 às 16:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/6/2019 às 13:00**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 CAPIBARIBE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7693833/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares: 81997183494

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

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ES (VEICULO) 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: **16404808** Chassi: **9C2KC1520R024666**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**



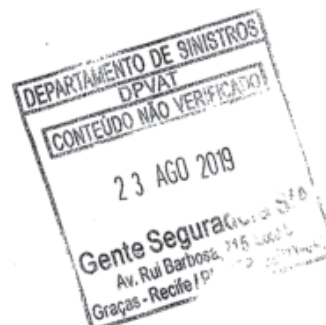
Complemento / Observação

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 CAPIBARIBE 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 DO CAPIBARIBE ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MEDICOS;

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

Jailton Gomes de Souza
JAILTON GOMES DE SOUZA
(VITIMA)

George de Oliveira Sousa
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 UPA-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: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

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:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg
Temperatura:

Pulso: _____
Peso: _____

Histórico da Doença atual: Pac. deu entrada na unidade com ferimento contuso em pé direito entre 4º e 5º dedo devido a colisão moto moto.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDÃO DIREITO

Conduta: ① RX de pé direito
② Limpeza
③ Sutura + curativo (SUSPENSO)
④ TRAMAL 100mg CIFA + 100ml SF0.9% (EV) 14:40h

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: ____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

⑤ CEFALOTINA 1g O2FA + AD (EV) 14:44h
⑥ PULSO de transito
atendido
MRA-5708708

Assinatura do Atendente
Entrada: 18/06/2019 14:40h

Ingrid Pereira
CRMPE 23407
18 JUN. 2019

CÓPIA AUTORIZADA



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

Politramatizado 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 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); 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, quedões (); 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: Perimanto em pé D no 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 diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

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

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)


ENFERMEIRO

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO


ENFERMEIRO





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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.colpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JAULTON GOMES DE SOUZA

CPF: 012 492.914-10

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PAU BRASIL, 70

STO AGOSTINHO/SANTA CRUZ DO CAPIBA
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE
55191-612

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL 088528201	SERIE UNICA	EMISSÃO 12/07/2019
APPROVAÇÃO 12/07/2019	Nº DO CLIENTE 2010797499	Nº DA INSTALAÇÃO B488354

NUMERO DE CONTRATO	7026614311	FECHA DE EMISIÓN	07/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	19/07/2019	FECHA DE RECEPCIÓN DE LA ENTREGA	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (USD)	111,46		

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (V/V)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Acrescimo Bandeira AMARELA	130,0000000	0,78083095	101,48
Contrib Ilum Pública Municipal			0,88
ICMS Subvenção-COE-NF 081857543- 14/05/19			5,45
Multa por atraso-NF 081857543- 14/05/19			1,00
Juros por atraso-NF 081857543- 14/05/19			2,58
Atualização IGPM-NF 081857543- 14/05/19			0,94
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10 438/2002			0,42
			-1,28

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUNTE
31710C538	CAT	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			CONSUMO (M³)
		12/08/2018	2.827,00	12/07/2019	2.967,00	30	1,0000	130,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Count
JUL 18	130
JUN 10	144
MAY 10	154
APR 10	150
MAR 10	166
FEB 10	155
JAN 10	127
DEC 10	181
NOV 10	178
OCT 10	163
SEP 10	139
AUG 10	132
JUL 10	116

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
CMR	102,30	25,00	25,58
IS	102,30	0,63	0,63
OFMS	102,30	3,61	3,69

Geração de Energia	R\$ 33,84	32,07%
Transmissão	R\$ 3,68	3,60%
Distribuição (Cargas)	R\$ 22,60	21,88%
Perdas de Energia	R\$ 7,05	6,80%
Energia Semelhante	R\$ 5,27	5,10%
Fisioterapia	R\$ 1,00	0,97%
Total	R\$ 105,44	100%

CARGOS ANEXOS		Tarifas Aplicadas
...

RESERVADO AO FISCO
E13B 59C1 82DA C244 D13B AFFA DC00 41DA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 1º de maio, para obter o valor da contribuição de cada mês, basta multiplicar o valor da contribuição de 1997 pelo índice de correção de valor. Os dados relativos à contribuição de 1997 são: R\$ 12,00 para quem não possui filhos e R\$ 20,00 para quem possui filhos.

Para obter o valor da contribuição de 1997, basta multiplicar o valor da contribuição de 1997 pelo índice de correção de valor. Os dados relativos à contribuição de 1997 são: R\$ 12,00 para quem não possui filhos e R\$ 20,00 para quem possui filhos.

Para obter o valor da contribuição de 1997, basta multiplicar o valor da contribuição de 1997 pelo índice de correção de valor. Os dados relativos à contribuição de 1997 são: R\$ 12,00 para quem não possui filhos e R\$ 20,00 para quem possui filhos.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ADETO

Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
19/05/19	13/07/19	118,87			

Para conhecer mais sobre a legislação tributária e fiscal, consulte o site www.sisa.gov.br. Caso a supervisão do documento perante os dois órgãos de fomento, possa ocorrer o encerramento do contrato, assinando também sobre o processo de aprovação de crédito firmado no Art. 16, inciso II, da Lei nº 11.111/2005.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES

	CONTRATO SANTA CRUZ DO CACAO	VALOR AFRANCO R\$12318	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
EUR	0,00	0,00	8,18	10,36	30,57
USD	0,00	0,00	3,10	6,83	13,20
UNIC	0,80	0,80	2,94	0,00	0,00

Limite DDI: 12,32

EURO - Valor do Contrato em Euro de Referência

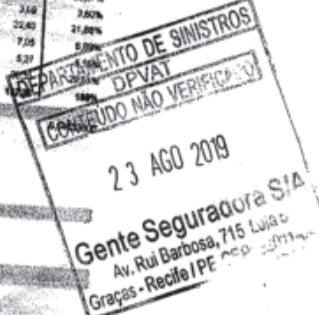
BUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 30,70

NYTAS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

CONTA CONTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7028814311	07/2019	19/07/2019	

8388000001-1 11460011007-5 02881431110-5 14047230203-0 111,46



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 MARIA MOURA DE A. FERNANDES inscrita(a) no CPF sob o nº 945.234.444-09 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Faíton Gomes de Souza inscrito(a) no CPF sob o nº 012.492.914-10, do sinistro de DPVAT cobertura INV da Vítima Faíton Gomes de Souza, inscrito(a) no CPF sob o nº 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. Rosemito Alves da Rocha</u>			Número	<u>03</u>	Complemento	<u>CAIA</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>St. Cruz do Espírito Santo</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>55192305</u>
Email	_____			Telefone comercial(DDD)	_____		
				Telefone celular (DDD)	<u>81 91613907</u>		

St. Cruz do Espírito Santo 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 de Pronto Atendimento UPA-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: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE: (81)99982-5994 CEP: 55190-000

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:

Código: 0244990

SUS:

Idade: 37 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial: 150 x 80 mmHg
Temperatura:

Pulso: _____
Peso: _____

Histórico da Doença atual: Pac. deu entrada na unidade com ferimento contuso em pé direito entre 4º e 5º dedo devido a colisão moto moto.

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDÃO DIREITO

Conduta: ① RX de pé direito
② Limpeza
③ Sutura + curativo (SUSPENSO)
④ TRAMAL 100mg CIFA + 100ml SF0.9% (EV) 14:40h

Liberação do Paciente: Data: ____/____/____ Hora: ____

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

⑤ CEFALOTINA 1g O2FA + AD (EV) 14:44h
⑥ PULSO de transito
atendido
MRA-5708708

Assinatura do Atendente
Entrada: 13:40:32
Cópia: 14:40:32

Ingrid Pereira
CRM: 23407
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

Politramatizado 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 24 horas (); Mucosas ressecadas (); Queimaduras entre 1º e 30 graus em áreas não críticas (); Abuso Sexual (); Dor abdominal ou torácica intensa (); história até 72h de: Hematêmese (); 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, quedões (); 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: Perimanto em pé D no 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 diarreia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos (); Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ();

OBS: _____

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

ENCAMINHADO: ASSISTENTE SOCIAL () MÉDICO (X)

Assinatura do Enfermeiro
ENFERMEIRO
CUBA-1-1007

ASS. E CARIMBO DO ENFERMEIRO

Assinatura do Médico
MÉDICO
CUBA-1-1007





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 COR TOCONTUSA ENTRE 4º E 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

AO EXAME FÍSICO:

EGB, LOTE, NORMOCORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL, ANISTETICO, EUPNEICO HIDRATADO.

GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES.

FOI FEITO RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO ONDE EVIDENCIOU FRATURA FRAGMENTADA DO 5º PODODÁCTILO (FALANGE PROXIMAL). # HD: FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO
CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

#

N°

Data: __/__/__

Ingrid Pereira
CRM 23401
18 JUN. 2018

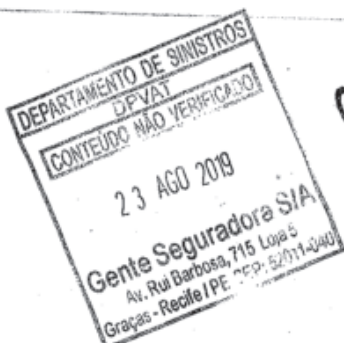
MÉDICO

Nome: MRD. 5208706 Rg.: _____

Medicamentos: _____

Data: __/__/__

MÉDICO



CÓPIA AUTORIZADA



