

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOHNY CLAUDE DU LIMA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: SOCORRISTA **CPF:** 225.654.358-78
ENDEREÇO: RUA SOLMAN, 1064, CPSA 02
BAIRRO: JANGA **CEP:** 53435-340
CIDADE: PAULISTA **UF:** PERNAMBUCO

OUTORGADOS: KLEITON DO NASCIMENTO ANDRADE, CPF/MF 082.419.264-80 e OAB/PE 45.895, ALEXSANDRO SILVA DE SANTANA, CPF/MF 067.958.064-64, e OAB/PE 49.091, e JOSÉ PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR, CPF/MF 064.401.894-17, e OAB/PE 51.853, ambos com endereço profissional situado no endereço constante do timbre abaixo.

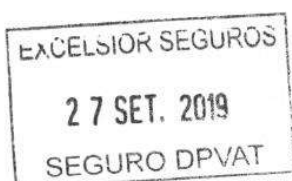
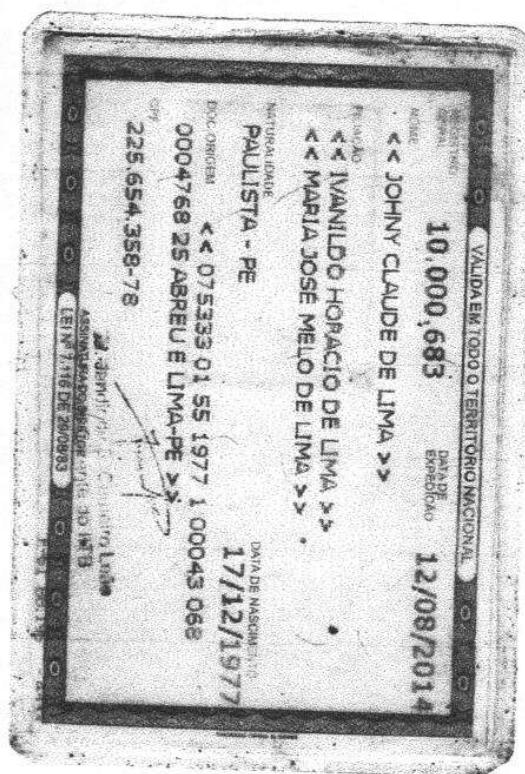
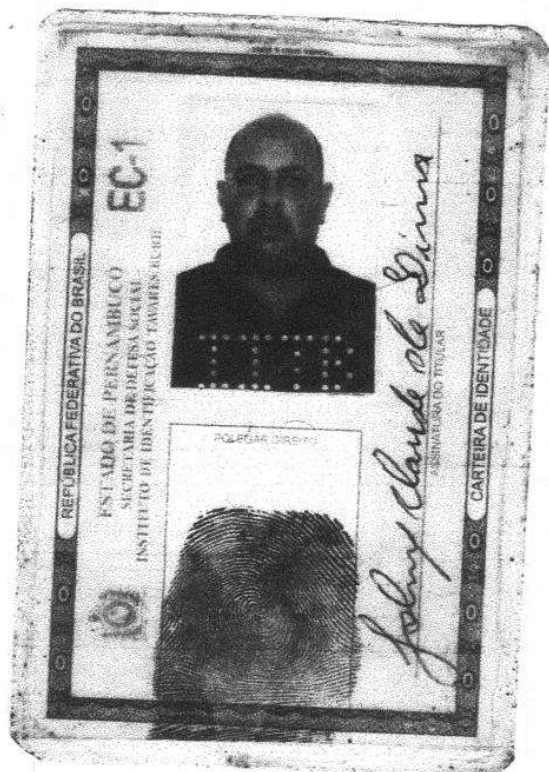
PODERES: Poderes geral para o foro, especialmente para a defesa dos interesses do(a) Outorgante no ajuizamento e acompanhamento de ações, bem como para habilitação em ações contra o(a) Outorgante, podendo os Outorgados apresentar contestação e praticar todos os demais atos necessários à defesa de seus interesses, podendo ainda os Outorgados agindo em conjunto ou separadamente, em qualquer instância ou grau de jurisdição a tudo requerer, inclusive transigir, desistir, receber, dar quitação, firmar, compromisso e substabelecer com ou sem reservas, praticando todo e qualquer ato, por mais específico que seja necessário ao fiel cumprimento do presente.

DECLARAÇÃO: O(A) outorgante **DECLARA**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

PAULISTA, 14 de FEVEREIRO de 2020.

Johny Claude de Lima
OUTORGANTE







Data da Postagem: 05/02/19
Data de Vencimento: 15/08/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 04/03/2019



CTC RECIFE PE PL2
IVANILDO HORACIO DE LIMA
RUA SOLMAR 1064 CASA 01
JANGA
53435-340 PAULISTA PE



72 09036539 48954 00000435685 3 0 050819

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357328477
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM IN. RC EXERCÍCIO
1 1079642320 ***** 2019

NOME
JOHNNY CLAUDE DE LIMA

PAULISTA-PE

225.654.358-78

PLACA
PCM3133

PLACA ANT./UF
***** LXYPCEBL06F0206699

ESPECIE TIPO
PAS CICLOMOTOR

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
I/SHINERAY XY 50 Q 2

CAP/POV/CIL
2P/49CL

CATEGORIA
PARTIC

COTA UNICA
IPVA 2019 QUITADO

FAIXA IPVA
1 *****3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
15.43

IOF (R\$)
0.07

PREMIO TOTAL (R\$)
19.50

DATA DE PAGAMENTO
29/01/19

SEM RESERVA

PAULISTA-PE

11/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124001135

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/08/2019 às 13:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/8/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 01** - Bairro: **PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMIDADES DA PADARIA KARLA SENTIDO JANGA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (AUTOR / AGENTE)
JOHNY CLAUDE DE LIMA (VITIMA)**

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOHNY CLAUDE DE LIMA**

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

JOHNY CLAUDE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSÉ MELO DE LIMA Pai: IVANILDO INÁCIO DE LIMA Data de Nascimento: 17/12/1977
Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 22565435278 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SOLDADOR Telefones Celulares: - 987302940

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Residencial: RUA SOLMAR, 1964, CASA 01 - CEP: 55060-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO MERCADO PÚBLICO DO CONJ. BEIRA MAR

CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO



Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:

Não

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFQ9462 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO E COR NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

VEÍCULO MOTONETA SHINERAY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

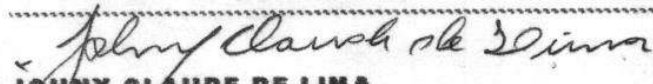
Placa: **PCM3133 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

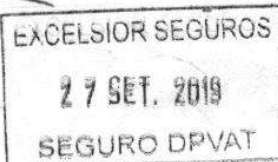
Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO TRANSITAVA COM SEU VEÍCULO MOTONETA SHINERAY NA AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, SENTIDO PAU AMARELO/JANGA, NAS IMEDIAÇÕES DA PADARIA KARLA, FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL, O QUAL LOGO EM SEGUIDA AO ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE. RESSALTA A VÍTIMA QUE PENSANDO NÃO HAVER GRAVIDADE NO FERIMENTO DO ACIDENTE, FOI PARA SUA RESIDÊNCIA. ADIANTA AINDA QUE 02 (DOIS) DIAS APÓS O ACIDENTE, A VÍTIMA SE DIRIGIU PARA A UPA DE OLINDA NA PE-15 CIDADE TABAJARA. OLINDA, COM DORES E INCHASSO NA PERNA DIREITA, ONDE FOI CONSTATADO UMA FRATURA NO TORNOMELO, SENDO A VÍTIMA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, SENDO COLOCADA UMA TALA, E RECOMENDADA A VOLTA COM 02 (DOIS) MESES. A VÍTIMA APRESENTOU NO MOMENTO DO REGISTRO DO BOE, UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO: 482366, DATADA DE 17/06/2019 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS A REGISTRAR.

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


JOHNY CLAUDE DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **321052-0**





UPA OLINDA - OLINDA



Senha da Classificação:

0070

Idimento: 1481227

e Hora: 15/06/2019 08:04

Sexo: MASCULINO

ciente: 513743 JOHNY CLAUDE DE LIMA

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

me Social:

ta do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos

Convenio: 2

me da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA

Nome do Pai:

CRM: 123456

tado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

Bairro: JANGA

ndereço: RUA PALMEIRINHA

Cep: 53435060

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

idade/UF: PAULISTA

Data de Emissão:

Fone: 83143194

G (Identidade):

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

RN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

eso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa de Alopécia. Nega
marcos de pele. Nega com ter.
nega de al. Renda com

Exame Físico

Nome do Médico: CLINICO

Proced. de ALOP.

Hipótese Diagnóstico

RESUMO DE TRA
TCE

Conduta Terapêutica

IX. tomar

Prescrição Médica

ce toprolen 100mg 2m

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1481227



PA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/06/2019 07:42

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0064
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/06/2019 07:58 - 15/06/2019 08:00

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES
ME FACE, NEGA VÔMITO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Servação: ALERGIA: NG

Programa sintoma: T.C.E

Indicador(es): - CEFALÉIA MODERADA (4-7/10).

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:00

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5406361

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: 41
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ☒
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro ☒ Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista ☒ Passageiro () Uso de Capacete: S ☒ N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doença crônica de Colúmbia, Moto x Carro
em 12 horas com dor e com o nariz
Hipótese Diagnóstica: Ex. Hematoma lateral na face

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () B.A.N*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/06/2019 10:22

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Order

Período: 17/06/2019 11:22 - 17/06/2019 11:27

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Dor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 2 DIAS.

COM HD DE FX MALEOLO LATERAL TNZ DIREITO

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIAS
SENHA: 5706361

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBIDO

Alts

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

FATURADO

Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/06/2019 11:27

Página 1 de 1

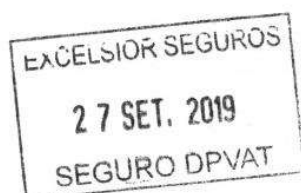


DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 482355 Prontuário: 69367 SAME: 60264 Hora Atend: 11:33 Data Atend: 17/06/2019
Paciente..... : JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 41 a
Endereço..... : RUA SOLMAR
Bairro..... : JANGA
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53435340
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 17/06/2019 Hora Saída : 14:00

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Atendimento: 482355

Senha da Classificação:

0016

Data e Hora: 17/06/2019 11:33

Paciente: 69367 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 **Idade:** 41 anos **Convenio:** 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARIA JOSE MELO DE LIMA

Nome do Pai: IVANILDO HORACIO DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SOLMAR

1064

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Queixa Principal

WILLIAM DE 26/45, masculino HA $\pm$ 30 kg
com queixa em torno de 1 ano
relacionada a dores nas costas.
Paciente procura tratamento

Exame Físico

Exame Físico

Hipotesis Diagnostico

Hipótese Diagnóstico
Ex. 1 - 100% de certeza 100%

Prescrição Médica

Prescrição Médica

SOLICITO RX: INT ID, APT
+ 100 LCM DE SOMENTE POSSIBILIDADE
TRATAMENTO - 20-25%
COM DEPO DO PACIENTE
ON 10-2000 + ALA + ANALGESIA
+ 16 SONHO DO AMBULADOR COM
15 DIAS OBS: PACIENTE
ALGUNS TRATAMENTO
CIANGICO

Dr. Jani Lacerda
CRM-PB 9343
CRM-PB 2339

Assinatura e Carimbo/Médico

54 ST. FOLSON MAR 1

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internacionalização

EXCELSIOR SEGUROS





HOSPITAL
MIGUEL ARRÁEZ



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jaqueline Carneiro Registro: 1001
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

01/02/19

Ant. Consumo de Fome

o tombo de

por recusar o trabalho
comum.

Por + Erosão local.

A desordem fúria

com suscitando o tombo

com desordem a fúria.

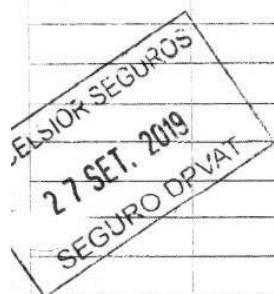
Explicando o motivo da mudança

da fúria e a grande necessidade

o tratamento clínico para

mesmo extenuando todo o

explicando o mesmo recurso



Assinado
eletronicamente
por



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190555467 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOHNY CLAUDE DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO JOHNY CLAUDE DE LIMA

CPF/CNPJ: 22565435878

Posição em 14-02-2020 11:03:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/10/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/__pv7d__gVVQVWAcUapi_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hzuw7nK081qe08Ed0YQYyX8M=)
15/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/C7zZvVYjHKb41y3zaMn09Eapi_key=SnldRDgzJqyMV51lfN9Hzuw7nK081qe08Ed0YQYyX8M=)

