



Número: **0009797-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOHNY CLAUDE DE LIMA (AUTOR)		JOSE PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77377886	22/03/2021 16:50	2729706_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00097976520208172001

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 **JOHNY CLAUDE DE LIMA**, 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, qual seja **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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,

RECIFE, 18 de março de 2021.

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: **0009797-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOHNY CLAUDE DE LIMA (AUTOR)		JOSE PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77377887	22/03/2021 16:50	ANEXO 1	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO)E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

@8 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

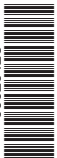
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14832161

Pag. 00849/00850 - carta_01 - INVALIDEZ

00020425





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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01433/01434 - carta_02 - INVALIDEZ

00070717



Carta nº 14964113





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001581**

Conta: **0000039172-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHMY CLAUDE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOHMY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81983259980

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 39.172 4

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivasco)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190555467
Nome do(a) Examinado(a): Johny Claude de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Solmar, 1064 Casa 01
Janga Paulista PE CEP: 53435-340
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10000683
Data local do acidente: [15/06/2019]
Data local do exame: [22/10/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





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 15/6/2019 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:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL
VEÍCULO: (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: 22565435878 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SOLDADOR Telefones:
Celulares: - 957302040

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Residencial: RUA SOLMAR, 1064, CASA 01 - CEP: 55000-000 - 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 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DO
VEÍCULO AUTOMÓVEL, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO
AUTOMÓVEL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

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 (VEÍCULO) 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:432355, DATADA DE 17/06/2019 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

Johnny Claude de Lima
JOHNY CLAUDE DE LIMA
(VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **331052-6**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 235.654.358-18 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOHNY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81983259980

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 39.172 4

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vínascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

JOHNY CLAUDE DE LIMA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42



A 24 HORAS - OLINDA

Imó da Classificação de Risco - Protocolo
e Hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

odo: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01

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

idade: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

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

ervação: NGA ALERGIA

ograma sintoma: TRAUMA

riminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

cialidade: CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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

Data Impressão: 15/06/2019 08:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Data de Postagem: 05/02/19
Data de Vencimento: 15/08/2019
Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/09/2019



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



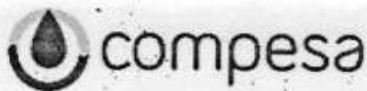
72 09036539 48954 00000435685 3 0 050819

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190444120399

Escritório: MARANGUAPE I

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

AMARO RODRIGUES DE ARAUJO

R SESENTA, N. 00136 - MARANGUAPE I PAULISTA PE 53441-180

INSCRIÇÃO: 274.205.775.0143.000

GRUPO: 5

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 04412039.9

RESIDENCIAL

ESGOTO PARA RESIDENCIAL

SITUAÇÃO ANTERIOR	SITUAÇÃO ATUAL	DATA LET. ANTERIOR	DATA LET. ATUAL	Tipo de Consumo
LIGADO	LIGADO	28/03/2019	27/04/2019	REAL / MIN FIXAD
CONSUMIDOR AL65563853				
ÁGUA LEIT. ANT.: 82 LEIT. ATUAL: 86 LEIT. FAT.: 86	CONSUMO: 4		ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 10 CONS MIN FIX

HISTÓRICO DE CONSUMO

03/2019	3/	10	2	
02/2019	1/	10	2	
01/2019	0/	10	2	
12/2018	7/	10	2	
11/2018	6/	10	2	
10/2018	7/	10	2	
MEDIA	4/	10	2	



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980 934 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOHUY ELAIDE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 255654358 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima JOHUY ELAIDE DE LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 225654358 / 18 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 a 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>RUA GO</u>	Número: <u>136</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MARAGUARE I</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53441 180</u>	Tel./DDD: <u>(81) 9832599-86</u>

Local e Data: Paulista 17.09.19

X [Assinatura]
Assinatura do Declarante

pro curadora
Assinar

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

DLRL001 V001/2017



Endereço: 1481226

Senha da Classificação:

0064

Data e Hora: 15/06/2019 08:03

Paciente: 513743 JOHNNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: RUA PALMEIRINHA - C03 54 Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53435060 Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

PE vítima de queda no 1º andar x com lesão
na cabeça e no braço direito.

Exame Físico

Alerta

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET 2019

Hipótese Diagnóstico

SEGURO DE VIDA DE 12

030106010-0

Conduta Terapêutica

Exame físico e radiológico para avaliação da lesão.

Prescrição Médica

- Dado Livre
- Analgesia 10 mg a 100 mg
- Ceto profeno 100 mg + 100 mg de 8 em 8
- 100 mg de 8 em 8
- 10 mg de 8 em 8

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: 5706361

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedista
Carimbo Médico



1481226

IMOBILIZAÇÃO



IPA 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 VÔMIO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Servação: ALERGIA: NG

Programa sintoma: T.C.E

Queixador(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



Atendimento: 1481227

Senha da Classificação:

0070

Data e Hora: 15/06/2019 08:04

Paciente: 513743 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA PALMEIRINHA

Cep: 53435060

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

Cep: 53435060

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Queixa de Aftas na boca
na parte de baixo da boca com
na parte de cima da boca*

Exame Físico

Nome do Médico: CLINICO

Procedimento

Suposição Diagnóstica

RESUMO DE TRA

Conduta Terapêutica

IX 101111

Prescrição Médica

acetoprofenol 100mg

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Assinatura:

Senha:

Carimbo Médico



1481227



24 HORAS - OLINDA

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01

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

Urgência: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Síntese Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, NEGA VÔMITO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MÍDIA

Observação: NÃO ALERGIA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Localidade: CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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

Data Impressão: 15/06/2019 08:01

Sistema 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 5706361

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Pac: 819743 - JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 41
Sexo: M () F () Profissão: _____ MR: MARIA JOSE MELO DE LIMA
Endereço Residencial: _____ Fone: _____
Bairro: _____
Cidade: Paulista - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (X)
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro (X) Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista (X) 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: dor intensa no abdômen, náusea e vômito
Hipótese Diagnóstica: Ex. apendicite aguda (X)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: 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

Cor: VERDE

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

Observação: COM HD DE FX MALEOLO LATERAL TNZ DIREITO
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 %

RECEBADO

Alts

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO.DPVAT

FATURADO
por Joo Joo
Ana Pimenta

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

Data Impressão: 17/06/2019 11:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

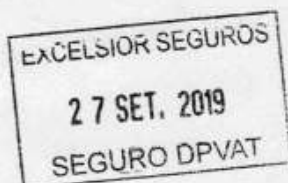


DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

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**

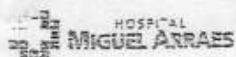
DIAGNOSTICO



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





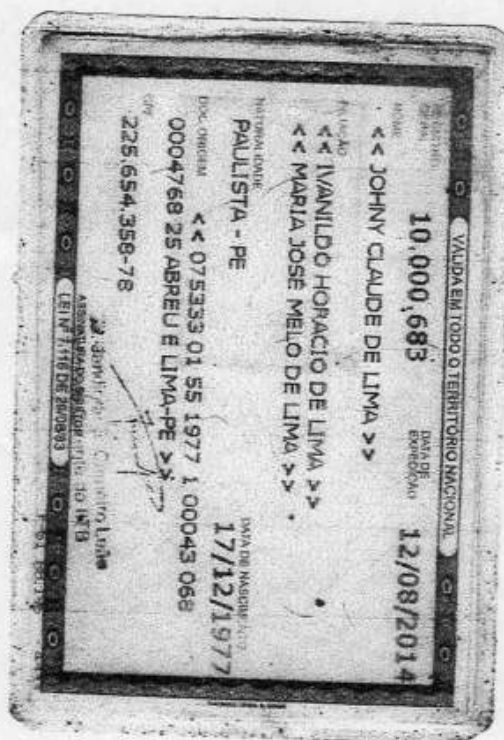
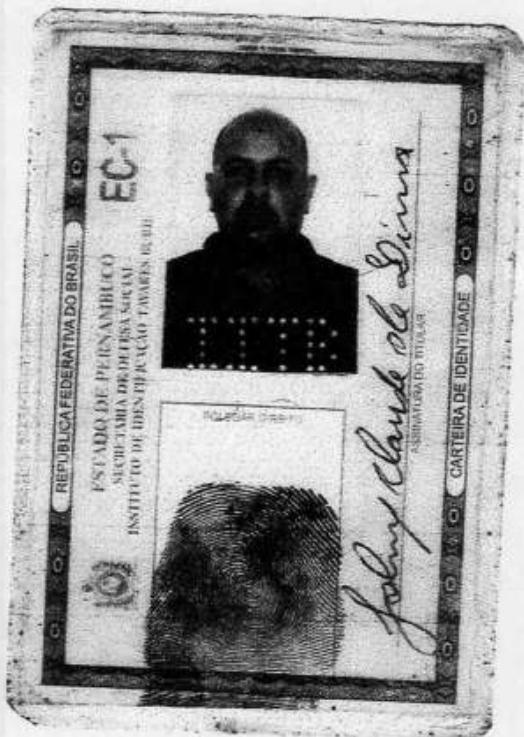
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonny Carlos V. Luis Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora: 03/03/19
Ant. Carlos V. Luis
V. TOMELO M.
Por Recusa o Tratamento
Continuar.

ACESSO SEGURO
27 SET. 2019
SEGURO PRIVAT

Por + Erosy Louc.
Re DEMONSTRAR FARMACIA
Com SUBSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO
Com Desejo M. FARMACIA.
EXPRIMO O PROBLEMA M. CUIDADO
DA FARMACIA E A GRANDE NECESSIDADE
DO TRATAMENTO CLÍNICO POR
MORNO EXISTENCIAIS TUDO DE POR
EXPRIMO O MORNO RECUS
INTERVENIENTE POR ANT. CUIDADO NO
URGENTE. IM BOTA.



EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5123670 SSP PE**

CPF: **051.980.934-32** DATA NASCIMENTO: **05/08/1983**

FILIAÇÃO: **AMARO RODRIGUES DE ARAUJO**

LUZIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO: **02362851114**

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AE**

VALIDADE: **23/07/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **06/06/2002**

OBSERVAÇÕES: **KAR**

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jefferson Santos de Araujo*

LOCAL: **RECIFE, PE**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Chelton Andreus Loure Alencar*
Diretor Presidente

DATA EMISSÃO: **09/07/2018**

PERNAMBUCO

00039873354
PE071632651

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1677682555

PROIBIDO PLASTIFICAR
1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

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

VIA 1 COD RENAVAM 1079642320 IN PC ***** EXERCICIO 2019

NOME JOHNY CLAUDE DE LIMA

PAULISTA - PE

225.654.358-78 PLACA FCM3133

***** PLACA ANT/UF ***** CHASSI LXYPCEBLO6E0206699

ESPECIFICANDO

PAS CICLOMOTOR COMBUSTIVEL GASOLINA

1/ SHINERAY XY 50 Q 2 MARCA/MODELO ANO FAB 2014 ANO MOD 2015

2P/49CL CAP/DET/OIL CATEGORIA PARTIC AZUL COR PREDOMINANTE

1 IPVA 2019 QUITADO COTA UNICA 1ª ***** VENC/DOTAS *****

2 V PAZAT/IVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

3 A 1 ***** 3ª *****

PREMIO TARIFARIO R\$1 15.43 SEQU 0.07 R\$2 19.65 R\$3 19.65 DATA DE PAGAMENTO 29/01/19

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

EMISSÃO DE PORT DE FABRICAÇÃO

PAULISTA - PE

11/02/19 DATA

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



15

TELEPHONE () _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

1. AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

EXCELSIOR SEGURO
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

SSINATURA _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: _____
Profissão: ELETRICISTA
Identidade: 10.000.683 808-PE CPF: 225.654.358-78
Endereço: RUA SOLOMAN, 1064, CASA OS JANGAS, PAULISTA-PE
Garantia: Invalidez Data do Acidente: 15/06/19

PROCURADOR:

Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Estudante
Identidade: 5123670 SDS-PE CPF: 051980934-32
Endereço: Rua 60, Nº 136, Maranguape 1, Paulista-PE.

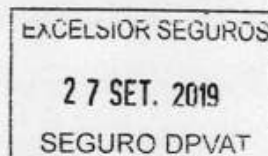
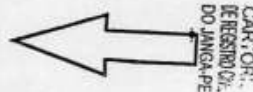
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Johny Claude de Lima

Paulista-PE 23-08-2019

Local e data

Johny Claude de Lima
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335479/19

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do acidente: 15/06/2019

CPF: 225.654.358-78

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO : 051.980.934-32

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

JOHNY CLAUDE DE LIMA : 225.654.358-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
CPF: 051.980.934-32

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42





Número: **0009797-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOHNY CLAUDE DE LIMA (AUTOR)		JOSE PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77377889	22/03/2021 16:50	ANEXO 2	Guias de Recolhimento / Deposito / Custas

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	28/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42

