



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
77377 886	22/03/2021 16:50	<a href="#">2729706_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	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 Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504651000000075811992>  
Número do documento: 21032216504651000000075811992

Num. 77377886 - Pág. 1



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
77377 887	22/03/2021 16:50	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	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** LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA  
**físico:** 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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>

Num. 77377887 - Pág. 2

Número do documento: 21032216504662400000075811993



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

---

Rio de Janeiro, 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, contados 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 3



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

---

Rio de Janeiro, 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 4

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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b>		<b>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:</b> <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE <b>2 - Nº do sinistro ou ASL:</b> 125.654.358-18 <b>3 - CPF da vítima:</b> 125.654.358-18 <b>4 - Nome completo da vítima:</b> JOUTY Claude de Lima <b>5 - Nome completo:</b> JOUTY Claude de Lima <b>6 - CPF:</b> 125.654.358-18 <b>7 - Profissão:</b> Recuse <b>8 - Endereço:</b> Rua Solman <b>9 - Número:</b> 1069 <b>10 - Complemento:</b> Casa 01 <b>11 - Bairro:</b> JANGA <b>12 - Cidade:</b> Paulista <b>13 - Estado:</b> FG <b>14 - CEP:</b> 53435-340 <b>15 - E-mail:</b> <b>16 - Tel (DDD):</b> (00) 983259980											
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>													
<b>17 - Nome completo do Representante Legal:</b> <b>18 - CPF do Representante Legal:</b> <b>19 - Profissão do Representante Legal:</b>													
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).													
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR  <input type="checkbox"/> SEM RENDA         </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00  <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00         </td> <td style="width: 33%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00         </td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00											
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)         </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)  <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)         </td> <td style="text-align: center;">           Nome do BANCO: _____         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">           AGÊNCIA: 1581 <input type="checkbox"/> CONTA: 39.172 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)         </td> <td style="text-align: center;">           AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)         </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">           (Informar o dígito se existir)         </td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____	AGÊNCIA: 1581 <input type="checkbox"/> CONTA: 39.172 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)												
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____												
AGÊNCIA: 1581 <input type="checkbox"/> CONTA: 39.172 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)												
(Informar o dígito se existir)													
Autorizo a Seguradora Lider 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.													
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>													
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):													
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider 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.													
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>													
<b>23 - Estado civil da vítima:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo <b>24 - Data do óbito da vítima:</b>													
<b>25 - Grau de Parentesco com a vítima:</b> 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <b>27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</b>													
<b>28 - Vítima teve filhos? Sim</b> <b>29 - Se tinha filhos, informar Vivos:</b> <b>30 - Vítima deixou Falecidos:</b> <b>31 - Vítima teve irmãos? Sim</b> <b>32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:</b> <b>33 - Vítima deixou Falecidos:</b> <b>34 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim</b> Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.													
<b>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</b> <b>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</b> <b>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</b>													
<b>38 - 1º   Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> EXCELSIOR SEGUROS <b>Assinatura da testemunha:</b> <b>39 - 2º   Nome:</b> 27 SET. 2019 <b>CPF:</b> SEGURO DPVAT <b>Assinatura da testemunha:</b>													
<b>40 - Local e Data:</b> Paulista, 18-09-2019 <b>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):</b> JOUTY Claude de Lima													
<b>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</b> <b>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</b>													

**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 GESELLA 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim       Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
 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 (\*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
  - b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): <b>TORNOZELO - Lado Direito</b> % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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 CASANDRA  
Médico  
CRM: 17761





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0124001135**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
 que aconteceu no dia **15/6/2019** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 81** - 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 (VÍTIMA )

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 JOSE 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: **- 887382846**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**  
 Endereço Residencial: **RUA SOLMAR, 1864, CASA 81 - CEP: 55666-000 - 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: **AUTOMÓVEL/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 IMEDIACOES 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 TORMOZELA, 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:482356, DATADA DE 17/06/2018 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS A REGISTRAR.**

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

*Johny Claude de Lima*  
**JOHNY CLAUDE DE LIMA**  
 (VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURADO PVAT

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

<b>DADOS CADASTRAIS</b>		<b>1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:</b> <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
<b>2 - Nº do sinistro ou ASL:</b> <b>3 - CPF da vítima:</b> <b>4 - Nome completo da vítima:</b> <b>125.654.358-18</b> <b>Jouhy Claude de Lima</b>		<b>6 - CPF:</b> <b>225.654.358-18</b> <b>9 - Número:</b> <b>1069</b> <b>10 - Complemento:</b> <b>Carro 01</b> <b>11 - Bairro:</b> <b>JANGA</b> <b>12 - Cidade:</b> <b>Paulista</b> <b>13 - Estado:</b> <b>SP</b> <b>14 - CEP:</b> <b>53435-340</b> <b>15 - E-mail:</b> <b>00983259980</b>			
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>					
<b>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</b>					
<b>17 - Nome completo do Representante Legal:</b>					
<b>18 - CPF do Representante Legal:</b>		<b>19 - Profissão do Representante Legal:</b>			
<b>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</b>					
<b>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
<b>21 - DADOS BANCÁRIOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ <b>AGÊNCIA:</b> <b>1581</b> <b>CONTA:</b> <b>39.172</b> <b>1</b> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>		
<b>Autorizo a Seguradora Lider 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.</b>					
<b>22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>					
<b>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):</b>					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 Lider 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.					
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b>					
<b>23 - Estado civil da vítima:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		<b>24 - Data do óbito da vítima:</b>			
<b>25 - Grau de Parentesco com a vítima:</b>		<b>26 - Vítima deixou companheiro(a):</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:</b>	
<b>28 - Vítima teve filhos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<b>29 - Se tinha filhos, informar Vivos:</b> <input type="checkbox"/> Falecidos:		<b>30 - Vítima deixou nasцuro (mínascer)?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>31 - Vítima teve irmãos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<b>32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:</b> <input type="checkbox"/> Falecidos:		<b>33 - Vítima deixou pais/avós vivos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.					
<b>34</b> <b>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</b>  <b>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</b>  <b>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</b>					
<b>38 - 1º   Nome:</b> _____ <b>CPF:</b> <b>EXCELSIOR SEGUROS</b> <small>Assinatura da testemunha</small>					
<b>39 - 2º   Nome:</b> <b>27 SET. 2019</b> <b>CPF:</b> _____ <b>SEGURO DPVAT</b> <small>Assinatura da testemunha</small>					
<b>40 - Local e Data:</b> <b>Paulista, 18-09-2019</b> <b>41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):</b> <b>Jouhy Claude de Lima</b>					
<b>42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)</b> <b>43 - Assinatura do Procurador (se houver)</b>					

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 11

**A 24 HORAS - OLINDA**

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

**PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

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

ridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

AMARELO

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

ervação: **NEGA ALERGIA**

ograma sintoma: **TRAUMA**

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

cialidade: **CLINICA GERAL**

15/06/2019  
FREN 361601 - FUNÇA

ARELO

AMARELO

OPARELAMENTO, NEGA

VOMIO E DESMAIO.

TRAUMA

JOHNY CLAUDE DE

16/12/1977

41

0070

**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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 12



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



CTC RECEPC PE PL2

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



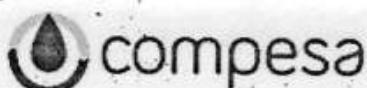
72 09036639 48954 00000435685 3 0 060819

EXCELSIOR SEGUROS  
27 SET. 2019  
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 13



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0193  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compresa.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

04412039.9 04/2019-0

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 04412039.9

HISTÓRICO DE CONSUMO		ESTRUTURA GRUPO		COMPOSIÇÃO DE CONSUMO		PERÍODO	
LIGADO	LIGADO	CONSUMO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	PERÍODO	
AL65563853	28/03/2019	27/04/2019	ESGOTO	REAL /MIN	REAL /MIN	REAL /MIN	
AGUA	CONSUMO: 4	LEIT. ANT.: 82	LEIT. ANT.:	VOLUME: 10			
		LEIT. ATUAL: 86	LEIT. ATUAL:				
		LEIT. FAT.: 86	LEIT. FAT.:	CONS MIN FIX			
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS		NÚMEROS DE AMOSTRAS		ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
03/2019	3/ 10	TURBIDEZ	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS			
02/2019	1/ 10	COR APARENTE	56	56	56		
01/2019	0/ 10	CLORO RESIDUAL	56	56	56	31	
12/2018	7/ 10	COLIFORMES TOTAIS	56	56	56	56	
11/2018	6/ 10	E.Coli	56	56	56	56	
10/2018	7/ 10						
MÉDIA	4/ 10						
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.							

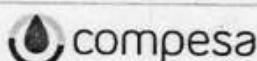
DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

AGUA	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE AGUA	4 M3	41,30
ESGOTO		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	41,30
DOACAO AO PRO-crianca	04/2019	1,00

PIS	82,60	1,65	1,36
COFINS	82,60	7,60	6,28

VENCIMENTO	08/05/2019	TOTAL A PAGAR	83,60
IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 86,76. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.			

Emitido por: INTERNET Emitido em: 15/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 08/05/2019

CÓDIGO DE BARRAS

828800000000-6 83600018274-7 04412039901-8 04201900003-6

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

ENTRADA: 04412039.9 04/2019-0

TOTAL A PAGAR 83,60

VIA COMPESA

EXCELSIOR SEGUROS  
27 SET. 2019  
SEGURO DPVAT

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993

Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 14



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS de Araujo  
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980 934, 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
JOHNY ELAUDA DE LIMA Inscrito (a) no CPF sob o Nº225654358, 78,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOHNY ELAUDA DE LIMA,  
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 225654358, 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
 Recuso informar

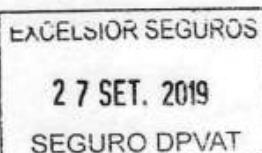
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua 60</u>	Número:	<u>736</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>MARQUAPE II</u>	Cidade:	<u>Paulista</u>	Estado:	<u>SP</u>	CEP:	<u>53441 180</u>
E-mail:	<u>(81) 9832589-80</u>						

Local e Data: João Pessoa 17.09.19

Assinatura do Declarante

*pro curada  
assinar*



DDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>

Num. 77377887 - Pág. 15

Número do documento: 21032216504662400000075811993

Atendimento: 1481226

Senha da Classificação:

0064

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

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: 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:

Peritudo 25 causas 100 x causa 40  
Gomas caras o caras o molar  
DE DECIMA

Exame Físico

OPER 610

Hipótese Diagnóstico

Peritudo 25

EACELSIOR SEGUROS

27 SET 2019

SEGURO-DRAGÃO DE IRÁ

030106010-0

Conduta Terapêutica

Peritudo 25  
Tx tonas coras molar 100

Prescrição Médica

- Dente Liso  
- Dente 6 100 x 6/6  
- Dente 100 100 x 100 elfora  
- Dente 900 molar  
- Dente 800 molar

10:05

ATENÇÃO  
EMERGÊNCIA  
DIA

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: \_\_\_\_\_

Senha: 5706361

Carimbo Médico



1481226

DR. Ayron Ferreira  
CRM-PE 23.500  
Carimbo Médico

EV 8810

IMOBILIZAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>

Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 16

# IPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
data e hora retirada da senha: 15/06/2019 07:42

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	16/12/1977
Sexo:	Masculino
Idade:	41
Senha:	0064
Convênio:	UNIVERSITÁRIO DE ENFERMEIROS
Atendimento:	EMERGÊNCIA
SAME:	15

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

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

Localidade: URGÊNCIA - AMARELO

Local: AMARELO

Principais Sintomas: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES  
ME FACE, NEGA VÓMICO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Antecedentes: ALERGIA: NG

Exame: T.C.E

Exames: - CEFALÉIA MODERADA (4-7/10),

Specialidades: 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

Resumo da Acolhida com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1481227  
Data e Hora: 15/06/2019 08:04

Senha da Classificação:

**0070**

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

Cidade/UF: PAULISTA

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

CEP: 53435060

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

Data de Emissão:

Fone: 83143194

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

es: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*dores de estomôago nega*  
*marcos nega vontade nega comer.*  
*negar deixa de comer*

Exame Físico

Nome do Médico: CLINICO

*PROFESSOR ANTONIO*

Resumo:

Resumo:

Hipótese Diagnóstico

*TCG*

Conduta Terapêutica

*IX tolar*

Prescrição Médica

*acetaminofen 500 mg 2m*

**EACELSIOR SEGUROS**

**27 SET. 2019**

**SEGURO DPVAT**

Destino: (  ) Encaminhado ao Ambulatório (  ) Residência

Transferido:

Obs:

**RESUMO DE TR**

Senha: \_\_\_\_\_

*Carimbo/Médico*  
*Yves*  
*Medico*  
*1481227*



1481227



**A 24 HORAS - OLINDA**Número da Classificação de Risco - Protocolo  
Data e hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00**PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

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

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

AMARELO

Sintoma Principal: **RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES  
EM FACE, NEGA VOMIO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID**Sensação: **NEGA ALERGIA**Exograma sintoma: **TRAUMA**Síntoma(s) discriminador(es): **- DOR MODERADA (4 - 7/10)**Localização: **CLINICA GERAL**361601  
EREN: 361601 - FUNÇÃ

APENAS

AMARELO

ATROPELAMENTO, NEGI

VOMIO E DESMAIO

15/06/2019

JOHNY CLAUDE DE

16/12/1977

41

0070

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
 Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 19

**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: \_\_\_\_\_ Idade: 41  
 Pac: 619742 - JOHNY CLAUDE DE LIMA  
 Matri: MARIA JOSE MELO DE LIMA  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 1481226 17/12/1977  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: Recife - PE

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)**

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: pt c/ febre e calafrios nro x caldo  
60 + 11 dias com dor e calafrios ond  
 Hipótese Diagnóstica: Ex agravado corona tnt

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ X  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia 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 Xifoíde: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulo: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

**EXCELSIOR SEGUROS**
**27 SET. 2019**
**SEGURÓ DPVAT**

 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


# 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:	

*ordem*

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.

*com*

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 %

*EXCELSIOR SEGUROS*  
*27 SET. 2019*  
*SEGURO-DPVAT*

*HMA - Hospital Miguel Arraes*  
*Lesão de Vele*

*Sim ( ) Não (X)*

*Local.....*

*FATURADO*  
*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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

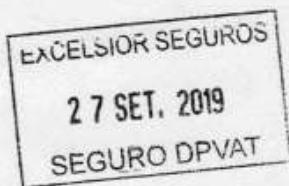
Num. 77377887 - Pág. 21

**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**

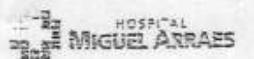
**DIAGNOSTICO**



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: TONY CURVO luis Registro: \_\_\_\_\_  
Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora

2021/09

AM. Contra a FMS

o tempo m.

for reusar o trilho

comprido.

Por + tempo loco.

Na demora FMS

Carro bateu no trilho

Carro desceu m forma.

Explorar o paciente m curva-

da FMS é a grande necessidade

no momento critico para

Mais extremos que o foi

explorar o mais recus

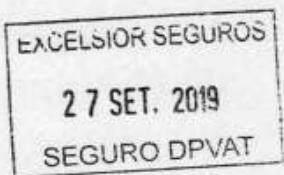
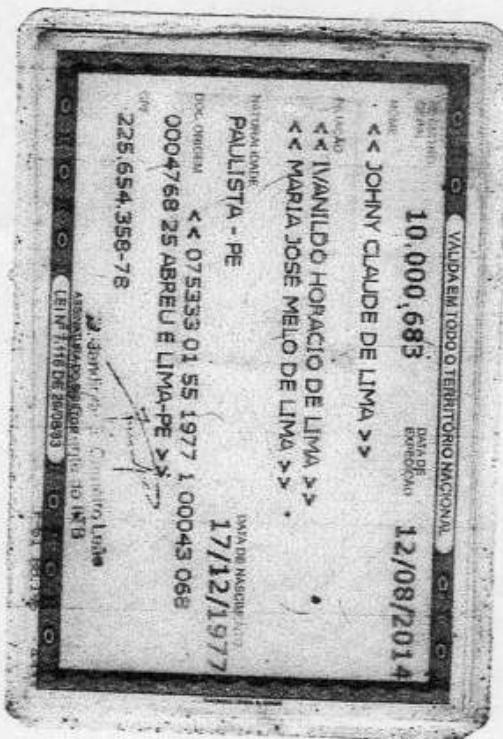
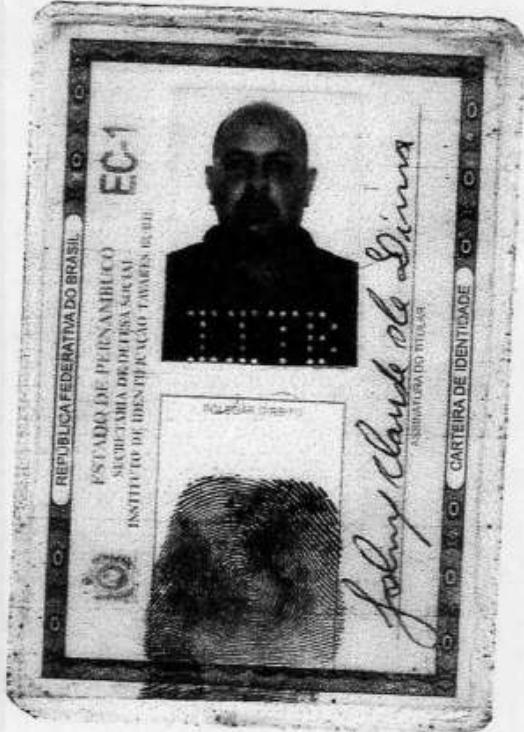
interventos para tratar criticos no

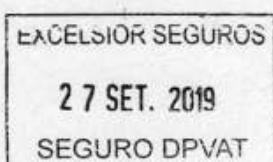
urgentes. AM 30/9.

ACELIO'S SEGUROS  
27 SET. 2019  
SEGURO DPVAT

CEP 50000-000  
CEP 50000-000  
CEP 50000-000  
CEP 50000-000  
CEP 50000-000  
CEP 50000-000







Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE		Nº 014357328477	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO:	
VIA	COD. REBAIXA	6/6 PC	2019
1	1079642320	*****	*****
NOME		JOHNY CLAUDE DE LIMA	
PAULISTA-PE		PAULISTA-PE	
225.654-358-78	PLACA	PCM3133	PLACA
PLACA ANTU	CHASSI	LMYPCBLO6E0206699	CHASSI
*****	EXPEDIDOR	COMBUSTÍVEL	
PAS CICLOMOTOR		GASOLINA	
MARA/Modelo		ANO FAB. / ANO MFG.	
1 / SHINERAY XY 50 Q 2	CAP/PROT/OIL	2014	2015
2 P / 49CL	CATEGORIA	COR/FREQUENTANTE	
COTA ÚNICA	VEIC. COTAD/CA	AZUL	
P / IPVA 2019	QUITADO	1*	VEN/OCOTAS
V / FAIA / IPVA	PROBLEMAT/OCOTAS	2*	*****
A / 1	*****	3*	*****
PREMIO TARIARIOS (R\$)		PRIMO VENCIMENTO / DATA DO PAGAMENTO	
15.49	0.07	19.65	29/01/19
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
		PAULISTA-PE	
		Roberto Carlos Moreira Ponteilles	
		Dir. Executivo - PAULISTA-PE	
		DATA	
		11/02/19	

EXCELSIOR SEGUROS  
27 SET. 2019  
SEGURO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

**SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

**INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS**

**ID**

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA S. H. Souza de Oliveira

DATA DO ACIDENTE 15/10/19 CPF DA VÍTIMA 225.655.358-76

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CÓPIA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CÓPIA 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)  
( ) VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA 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.

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- 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 FORMULARIO  
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGUROTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA 27/09/19 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
ASSINATURA \_\_\_\_\_

- ( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CÓPIA 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 MÉIOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

- DATA 27/09/19 RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
NOME \_\_\_\_\_  
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** LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA  
**físico:** 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## 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
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>

Num. 77377887 - Pág. 29

Número do documento: 21032216504662400000075811993

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIARIO/VITIMA:**

Nome: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil:

Profissão: Electricista

Identidade: 10.000.683.808-PE CPF: 225.654.358-78

Endereço: rua SORIANI, 1064, casa 05, JANGA, 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 Beneficiario/Vitima  
(reconhecer firma por autenticidade)

CARTÓRIO  
DO JANGA-PE  
DE REGISTRO

SERVENTIA DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE PAULISTA - PIAIA DA CONCEÇÃO  
Av. Dr. Claudio José Gurgel Leite, 464 - Praia da Conceição - Paulista - PE - CEP 52100-000

Telefone: (81) 3436-0020 - E-mail: [cartorio@cartoriojanga.com.br](mailto:cartorio@cartoriojanga.com.br)

Recomendo por AUTENTICIDADE à firma mencionada de  
JOHNY CLAUDE DE LIMA  
que confere c/ o padrão reg. neste serventia. Dou fé.  
PAULISTA, 23 de agosto de 2019 10:49:26.

Em testemunha: JOHNY CLAUDE DE LIMA (Assinatura Autorizada)  
Karla Nascimento (Assinatura) (Assinatura Autorizada)  
Emol.: R\$ 3,51 Taxa: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,91  
Válido somente com o salvo 0077446-0006201904.00678  
DO JANGA

Em testemunha: JOHNY CLAUDE DE LIMA (Assinatura Autorizada)

Consulte Autenticidade em: [www.cpt.jpe.jus.br/electronic](http://www.cpt.jpe.jus.br/electronic)



EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 30

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335479/19

**Vítima:** JOHNY CLAUDE DE LIMA

**CPF:** 225.654.358-78

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/06/2019

**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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 31

# 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:46  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504662400000075811993>  
Número do documento: 21032216504662400000075811993

Num. 77377887 - Pág. 32



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
77377 889	22/03/2021 16:50	<a href="#"><u>ANEXO 2</u></a>	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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/03/2021 16:50:47  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032216504698900000075811995>  
Número do documento: 21032216504698900000075811995

Num. 77377889 - Pág. 1