



Número: **0005037-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 33ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON ARAUJO DE LIMA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65213790	24/07/2020 11:46	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JAILSON ARAUJO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5833252 SSP PE

CPF
008.916.744-97

DATA NASCIMENTO
15/10/1981

FILIAÇÃO
SEVERINO JOSE DE LIMA
FILHO
IVANILDA DE ARAUJO PED
ROSA

PERMISSÃO
03526011951

ACC
03526011951

CAT. NAS
A2

Nº REGISTRO
03526011951

VALIDADE
29/09/2023

1ª HABILITAÇÃO
03/03/2005

OBSERVAÇÕES

Jailson Araujo de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CARPINA, PE

DATA EMISSÃO
01/10/2018

Charles Andrews Souza Ribeiro
Assessor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

72813125672
PE088374629

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683479463

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683479463



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laísom Araújo de Lima

RG nº 5.833.252 data de expedição 01/10/18 Órgão SSPI/PE

CPF nº 008.916.744-92, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. D 56d 29 Lt 02</u>	
Número	<u>05</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Parqueiro São</u>	
Cidade	<u>Carpina</u>	
Estado	<u>PE</u>	
CEP	<u>55834-020</u>	
Telefone de Contato	<u>(81) 97915-3756</u>	<u>99138-2325</u>
E-mail	<u>laísom.araujo@hot-mail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Carpina, 22/02/2019

Assinatura do Declarante: Laísom Araújo de Lima



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 008.916.744-97 Nome completo da vítima: Jaílson Araújo de Lima

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

Nome completo: Jaílson Araújo de Lima CPF: 008.916.744-97
Profissão: peixeiro Endereço: R. O. Rod 29 Lt 02 Número: 05 Complemento: _____
Bairro: Parque das Cidade: Carapina Estado: PE CEP: 55.814-020
E-mail: marcelo.cassiano@hotmail.com Tel. (DDD): 81 97915-3756

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 12412 CONTA: 25240
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinando

Local e Data: Carapina 22/02/2019

Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEaubRIAND
Ficha de Atendimento de Emergência

✓

17:03

Data: 5/12/18 Registro: 165.541 Cor: _____ cns: _____

Nome: Wilson Francisco de Lima

Data de nasc.: 15/10/81 Idade: 37 sexo: Masculino naturalidade: _____

Filiação: Wanildes de Fátima Pedreira

e _____

Estado civil: _____ Telefone: _____

Endereço: Lot. Carneiro 400 / Rua 0

Nº 05 Bairro: Carneiro 400 Cep: Carpina

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: 110x70 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____

HISTÓRICO: WBT = 16K

Nota: presença de ruídos pulmonares (P) e joelhos (P)
Tórax e abdômen livres.

ECG = 15

Conduta e Avaliação: Não disponível de radiografia neste serviço.

ECG: 15, orientado, apical

PA = 110/70

PC = 16

Hipótese Diagnóstica: Infarto do miocárdio (P) ? CID: _____

Prescrição Médica: _____

(P) Aspirina 100mg - 0,5g A F 100mg 5F0, 2% iv bolus

NOF - Transcologia

5570598

Evolução e cuidados de Enfermagem: _____

PA =

Dr. Victor Arruda
CRM: 20392

Assinatura do médico e carimbo



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: 008.916.744-97 Nome completo da vítima: Jaílson Araújo de Lima

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

Nome completo: Jaílson Araújo de Lima CPF: 008.916.744-97
Profissão: peixeiro Endereço: R. O. Rod 29 Lt 02 Número: 05 Complemento: _____
Bairro: Parque das Cidade: Carapina Estado: PE CEP: 55.814-020
E-mail: marcelo.cassiano@hotmail.com Tel. (DDD): 81 97915-3756

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 12412 CONTA: 25240
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinando

Local e Data: Carapina 22/02/2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Boletim de Ocorrência

Página 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0135004993**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/12/2018** às **11:31****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/12/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 5, RUA D, BAIRRO CARNEIRO LEÃO** - Bairro:
CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO CAMPO**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (OUTRO)
JAILSON ARAÚJO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**



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

JAILSON ARAÚJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IVANILDA DE ARAÚJO PEDROSA** Pai: **SEVERINO JOSÉ DE LIMA FILHO** Data de Nascimento: **15/10/1981** Nacionalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 5, RUA D, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO**

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

JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAILSON ARAÚJO DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD** Objeto apreendido: **Não**





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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01553/01554 - carta_07 - INVALIDEZ

00080777



Carta nº 13895642





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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON ARAUJO 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 13883015

Pag. 00405/00406 - carta_01 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 05/12/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033492/19

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

CPF: 008.916.744-97

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 05/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILSON ARAUJO DE LIMA : 008.916.744-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019
Nome: JAILSON ARAUJO DE LIMA
CPF: 008.916.744-97

JAILSON ARAUJO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - PE Nº 9912288799	
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA: Cód. RENAVAM: 260489293 RNTRO: 2012 EXERCÍCIO: 2012		PE Nº 9912288799	
NOME: JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL		NOME: NAZARE DA MATA-PE	
CPF/CNPJ: 081.407.064-77		CPF/CNPJ: 081.407.064-77	
PLACA: PET0021		PLACA: PET0021	
CHASSI: 9C2JC41208RS18277		CHASSI: 9C2JC41208RS18277	
ESPECIE TIPO: GASOLINA		MARCA / MODELO: HONDA / CG 125 FAN ES	
ANO FAB: 2010		ANO MOD: 2010	
CATEGORIA: PARTIC		CATEGORIA: PARTIC	
VENC. COTA ÚNICA: 1º *****		VENC. COTA ÚNICA: 1º *****	
PAGAMENTO / COTAS: 2º *****		PAGAMENTO / COTAS: 2º *****	
PREMIO TOTAL (R\$): 100,00		PREMIO TOTAL (R\$): 100,00	
COTA ÚNICA: 1		COTA ÚNICA: 1	
PREMIO TARIÁRIO (R\$): 100,00		PREMIO TARIÁRIO (R\$): 100,00	
SEGURO PAGO: 100,00		SEGURO PAGO: 100,00	
AL. FID. BANCO HO. DA 3A		AL. FID. BANCO HO. DA 3A	
OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:	
NAZARE DA MATA		NAZARE DA MATA	
Diretor		Diretor	

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
DESTAQUE A GUARDE O BILHETE DPVAT.
SUS-NÃO É DE PODER DESIGACIARIS.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 05/12/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO - PÁG., COM DATA DE 05/12/2018, EMITIDA PELO DR. THIAGO LIMA, CRM Nº 17991, DO HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jesimiel da Silva Pimentel,
RG nº 7879053, data de expedição 19/12/18,
Órgão SDS, portador do CPF nº 081.407.064-72, com
domicílio na cidade de CARPINHA, no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOTEAMENTO CARNEIRO LEÃO, nº 32R,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jailson Araujo de Lima cujo o condutor era
Jailson Araujo de Lima

Veículo: motocicleta

Modelo:

Ano: 2011

Placa: PET 0021

Chassi: 9C2JC4120BR16277

Data do Acidente: 05/12/2018

Local e Data: Carpinha, 15/01/2019

Jesimiel da Silva Pimentel
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

HOF	
Realizado exames Radiológicos <u>PX</u>	
PUNHO em 5/12/18	
Reg. _____	Ass. <u>[assinatura]</u>
TAC punho OI <u>[assinatura]</u>	
Rx punho OI <u>[assinatura]</u> <u>[assinatura]</u>	

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: [assinatura] [assinatura] [assinatura]

Destino do Paciente

(x) Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: TEOT 13449 / CRM 17897 () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

05/12/2018 20:54:00

2 de 2

Usuario do Atendimento
ROSEMERYFF







Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

Cor: **ROXA** - Qualidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET0024** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **286489293** Classe: **9C2JC4120BR516277**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2011** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O SR. JAILSON ARAUJO DE LIMA, ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL NO DIA 05/12/2018 ÀS 17:03. A VÍTIMA ALEGA QUE ESTAVA SAINDO COM A SUA MOTOCICLETA NA FRENTE NA SUA CASA, E QUE UM VEÍCULO DE COR BRANCA, POSSIVELMENTE UM VOYAGE COLIDIU NA SUA TRASEIRA, E QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PRESTOU SOCORRO. APÓS O OCORRIDO, OS VIZINHOS DA VÍTIMA O CONDUZIRAM ATÉ A UNIDADE NISTA DE CARPINA, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO. EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS POIS ESTAVA COM SUSPEITA DE FRATURA NO BRACO DIREITO E NA PERNA DIREITA.

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

JAILSON ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **THIAGO DOS SANTOS PONTES** - Matrícula: **387303-0**



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora: at rada da senha: 05/12/2018 20:53

Nome Paciente:	JAILSON ARAUJO DE LIMA
Cód. Paciente:	1074859
Data de Nascimento:	15/10/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	FN0050
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3275097
SAME:	1074859



Período: 05/12/2018 20:57 - 05/12/2018 21:00

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO HÁ 5H. ESTAVA DE CAPACETE. COLISÃO CARRO/MOTO. BATEU A CABEÇA MAS NÃO REFERE DESMAIO. TRAUMA NSD E MID. QUEIXA-SWE DE CAFALÉIA.

Observação: P.A.=145X96MMHG. P=78. NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. SAT O2=96%.

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/12/2018 21:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





GOVERNO DE
CARPINA
A FORÇA DO TRABALHO

RECEITUÁRIO

EXAMINAMENTO

Paulo Sérgio de Lima

Hom, 37 anos, vítima de
acidente motociclistico há 1 hora
apresenta dor e edema em antebraço
direito e joelho direito. Traux e
abdomen livres. ECG = 15. Não
disponível de radiografia neste res-
peito. PA = 110 x 70 mmHg

HGT = 165. Proposta de tratamento.

EG Regular, cont, cont, exames
médicos

LEV - RCR em 27, BNF 9/5

PR - MV @ em 100, 5/10 A

HD = Fratura fechada antebraço direito?

CD = HOF 5578, 598

05/12

18

Victor Arruda
CRM 10000
20092

Av. Agamenon Magalhães, s/n, - São José - Carpina - PE / CEP 55.815-060



	RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES	ROT 008-02.V1
NOME: <u>JOSEAN ANILFE</u> DATA DE NASCIMENTO: _____ P^o GISTRO: _____ CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____ <u>uso latoron</u> <u>17 NOVAGLIA</u> <u>tolerância de cálcio,</u> <u>vic, 66h.</u> DATA: <u>5/12/18</u> Dr. Thiago Lima Ortopedista / Traumatologista TEOT 13449 / CRM: 17991 MÉDICO-CRM		
DATA DA HOMOLOGAÇÃO	Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió. Recife - PE CEP: 50920 - 640 Telefone: 3182-8500	DATA DA REVISÃO HOF 075



	RECEITUÁRIO / REQUISIÇÃO DE EXAMES		ROT 008-02.V1
	NOME: <u>Wilson Araújo</u>		
DATA DE NASCIMENTO: _____		REGISTRO: _____	
CLÍNICA: _____		ENFERMARIA: _____	
<u>AO AMBULATÓRIO</u> <u>DE ORTOPEDIA</u> Im: Fratura do Membro Superior			
DATA: <u>5/12/18</u>		Dr. Thiago Lima Ortopedista / Traumatologista TEOT 13449 / CRM: 17991	
DATA DA HOMOLOGAÇÃO: _____		MÉDICO-CRM _____	
Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió, Recife - PE CEP: 50920-840 Telefone: 3182-8500		DATA DA REVISÃO _____	HOF 075





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Wilson Amaro
ou Lima

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 30 (trinta) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura rádio ulna

d) Tratamento

OMI 552.5

conservação

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOSPITAL
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

RECIFE, 05/12/18
LOCALIDADE/DATA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Ass. do Médico – CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

