

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200127314 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSINALDO GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

@@@11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100512/20

**Vítima:** JOSINALDO GOMES DE LIMA

**CPF:** 832.642.994-53

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 23/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSINALDO GOMES DE LIMA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**JOSINALDO GOMES DE LIMA : 832.642.994-53**

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: 21/03/2020  
Nome: JOSINALDO GOMES DE LIMA  
CPF: 832.642.994-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020  
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS  
CPF: 703.787.774-32

JOSINALDO GOMES DE LIMA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200127314                      Vítima: JOSINALDO GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 23/08/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSINALDO GOMES DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200127314**

**Vítima: JOSINALDO GOMES DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSINALDO GOMES 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



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200127314**

**Vítima: JOSINALDO GOMES DE LIMA**

**Data do Acidente: 23/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSINALDO GOMES 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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSINALDO GOMES DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001666-7**

Conta: **00000112397-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 83264299453 4 - Nome completo da vítima: Josinaldo Gomes de Lima

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

5 - Nome completo: Josinaldo Gomes de Lima 6 - CPF: 83264299453  
7 - Profissão: recusou-se 8 - Endereço: rua José Pereira de Araújo 9 - Número: 416 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Jatubá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55180-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81991609528

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: do Brasil  
AGÊNCIA: 2255 6 CONTA: 12337 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34 - 34  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

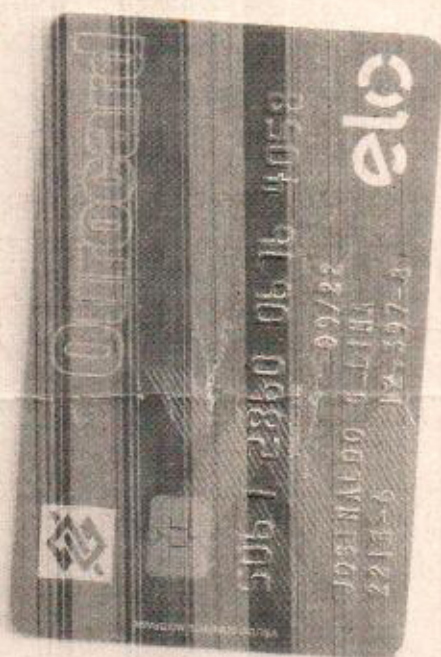
40 - Local e Data: Jatubá, PE, 11.02.20

41 - Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 832.642.994-53 4 - Nome completo da vítima: Josinaldo Gomes de Lima

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

5 - Nome completo: Josinaldo Gomes de Lima 6 - CPF: 832.642.994-53  
7 - Profissão: Reformado 8 - Endereço: Rua Jose Pereira de Araujo 9 - Número: 416 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Jatauba 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55180-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 9.9258.3087

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 112.397 1 (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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jatauba 26/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0045000536

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/01/2020 às  
12:05

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 23/8/2019 às 21:25

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 01, ESTRADA PARA  
RIACHO DO MEIO** - Bairro: **ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO**  
/BRASIL - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VACA (AUTOR \ AGENTE )  
JOSINALDO GOMES DE LIMA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSINALDO GOMES DE LIMA

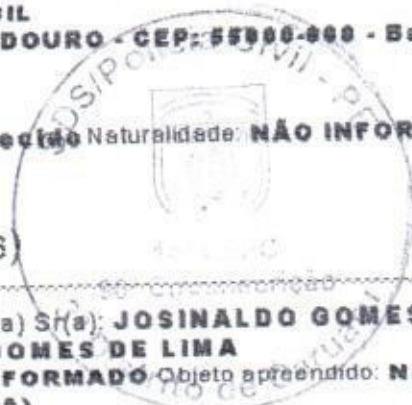
**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**JOSINALDO GOMES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA  
GOMES DE LIMA Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA Data de Nascimento: 17/8/1972**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JATAUBA, , MATADOURO - CEP: 55906-000 - Bairro:  
CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO HONDA BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSINALDO GOMES DE  
LIMA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



22/01/2020 12:05

Placa: **PGJ9994** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PGJ9994**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOFRIDO. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, ELE CONDUZIA A MOTO À NOITE NA ESTRADA RURAL PARA RIACHO DO MEIO, QUANDO UMA VACA ESTAVA NO MEIO DA PISTA, FAZENDO A VÍTIMA DESVIAR E CAIR. VÍTIMA COMPARECEU E APRESENTOU OS COMPROVANTES DE ATENDIMENTO DO SAMU COM ID: 9581 E UM PRONTUÁRIO DO HRA 343999. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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

*Josinaldo de Lima*  
**JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
 (VÍTIMA)



B.O. registrado por: **VINÍCIUS JAIME LOBO** - Matrícula: **3871533**



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0045000538**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020** às  
**12:15**

Complementa o BO Número: 20E0045000536

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **23/8/2019** às **21:25**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, ESTRADA PARA  
RIACHO DO MEIO - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO  
/BRASIL - Ponto de Referência: ZONA RURAL  
Local do Fato: VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VACA (AUTOR \ AGENTE)  
EVANIO LUIS DA SILVA (OUTRO)  
JOSINALDO GOMES DE LIMA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSINALDO GOMES DE LIMA

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

**JOSINALDO GOMES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA  
GOMES DE LIMA Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA Data de Nascimento: 17/9/1972  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JATAUBA, , MATADOURO - CEP: 55000-000 - Bairro:  
CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**EVANIO LUIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade:  
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**





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

**MOTO HONDA BROS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EVANIO LUIS DA SILVA**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ9904** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Descrição: **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PGJ9904**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOFRIDO. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, ELE CONDUZIA A MOTO À NOITE NA ESTRADA RURAL PARA RIACHO DO MEIO, QUANDO UMA VACA ESTAVA NO MEIO DA PISTA, FAZENDO A VÍTIMA DESVIAR E CAIR. VÍTIMA COMPARECEU E APRESENTOU OS COMPROVANTES DE ATENDIMENTO DO SAMU COM ID: 9551 E UM PRONTUÁRIO DO HRA 343999. NADA MAIS A ACRESCENTAR.**

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

*Josinaldo Gomes de Lima*  
**JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Vinicius Jaime Lobo* **VINICIUS JAIME LOBO** - Matrícula: **3871533**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0045000538**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2020** às **12:15**

Complementa o BO Número: 20E0045000536

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **23/8/2019** às **21:25**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 1, ESTRADA PARA RIACHO DO MEIO - Bairro: ZONA RURAL - JATAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

VACA (AUTOR \ AGENTE)  
EVANIO LUIS DA SILVA (OUTRO)  
JOSINALDO GOMES DE LIMA (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
JOSINALDO GOMES DE LIMA

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

**JOSINALDO GOMES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA Data de Nascimento: 17/9/1972**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JATAUBA, , MATADOURO - CEP: 55666-000 - Bairro: CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**EVANIO LUIS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO HONDA BROS (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EVANIO LUIS DA SILVA**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ9904** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Descrição: **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PGJ9904**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOFRIDO. SEGUNDO RELATO DA VÍTIMA, ELE CONDUZIA A MOTO À NOITE NA ESTRADA RURAL PARA RIACHO DO MEIO, QUANDO UMA VACA ESTAVA NO MEIO DA PISTA, FAZENDO A VÍTIMA DESVIAR E CAIR. VÍTIMA COMPARECEU E APRESENTOU OS COMPROVANTES DE ATENDIMENTO DO SAMU COM ID: 6551 E UM PRONTUÁRIO DO HRA 343888. NADA MAIS A ACRESCENTAR.**

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

*Josinaldo Gomes de Lima*  
**JOSINALDO GOMES DE LIMA**  
**(VÍTIMA)**

B.O. registrado por: *Vinicius Jaime Lobo* - Matrícula: **3271533**



# 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: 06/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO GOMES DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01666-7

CONTA: 000000112397-1

---

Nr. da Autenticação 5EC7171B6DE3476D

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 83264299453 4 - Nome completo da vítima: Jozinaldo Gomes de Lima

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

5 - Nome completo: Jozinaldo Gomes de Lima 6 - CPF: 83264299453  
7 - Profissão: Recusou-se 8 - Endereço: Rua José Pereira de Araújo 9 - Número: 416 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Matadouro 12 - Cidade: Jataí 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55180-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85991609528

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: do Brasil  
AGÊNCIA: 2256 CONTA: 323378

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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

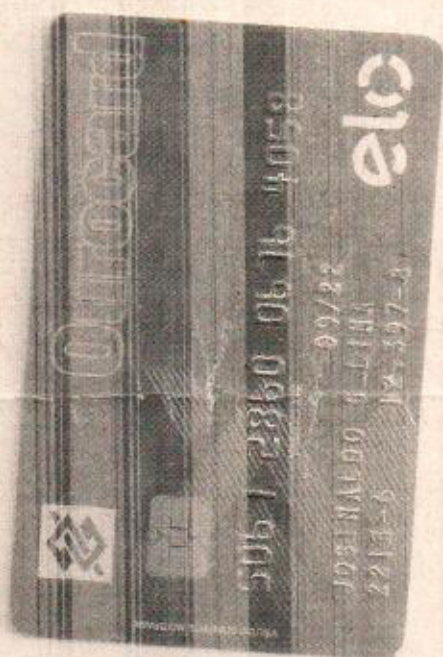
40 - Local e Data: Jataí, PE, 11.02.20

41 - Assinatura da vítima, beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)









**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
ANGELITA ROSA LIA FAZ SILVA

CPF 972.195.254-00 NIS 16096036397

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

MATADOURO/JATAUBA  
JATAUBA PE  
55160-000

**CARACTERÍSTICAS**  
BAIXA RENDIMENTO  
Monofásico

CONSUMIDOR 7024576064 MÊS 01/2020  
DATA DE VENCIMENTO 23/01/2020 DATA DE CANCELAMENTO 13/02/2020  
TOTAL A PAGAR (R\$) 27,80

| PERÍODO FISCAL | LEITURA     | LEITURA |
|----------------|-------------|---------|
| 16/01/2020     | 16096036397 |         |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                 | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$)  |
|------------------------------------------|------------|-------------|--------------|
| Consumo-TUSD até 30 kWh                  | 30,0000000 | 0,10052669  | 3,01         |
| Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh   | 53,0000000 | 0,17233491  | 9,13         |
| Consumo-TE até 30 kWh                    | 30,0000000 | 0,09250394  | 2,77         |
| Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh     | 53,0000000 | 0,15857919  | 8,40         |
| Acrescimo Bandeira AMARELA               |            |             | 0,58         |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal         |            |             | 3,27         |
| Multa por atraso NF 089208398 - 19/12/19 |            |             | 0,52         |
| Juros por atraso NF 089208398 - 19/12/19 |            |             | 0,05         |
| Atualização GPM NF 089208398 - 19/12/19  |            |             | 0,07         |
| <b>TOTAL DA FATURA</b>                   |            |             | <b>27,80</b> |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL |                |                  |                  |               |           |        |               |
|--------------------------------------------|----------------|------------------|------------------|---------------|-----------|--------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR<br>DATA | ATUAL<br>LEITURA | Nº DE CONSUMO | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|                                            |                |                  |                  |               | 1,0000    |        | 83,00         |

| PERÍODO DE CONSUMO |      | REPOSIÇÃO DE TRIBUTOS |   |                  | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |                  |             |
|--------------------|------|-----------------------|---|------------------|-----------------------|------------------|-------------|
| DATA               | TIPO | BASE DE CÁLCULO       | % | VALOR DO IMPOSTO | DESCRIÇÃO             | VALOR            | %           |
| JAN 20             | 83   |                       |   |                  | Transferência         | R\$ 1,22         | 5,11%       |
| DEZ 19             | 80   |                       |   |                  | Distribuição (Celpe)  | R\$ 7,41         | 31,02%      |
| NOV 19             | 89   |                       |   |                  | Perdas de Energia     | R\$ 2,33         | 9,75%       |
| OUT 19             | 79   |                       |   |                  | Encargos Setoriais    | R\$ 0,72         | 3,01%       |
| SET 19             | 05   |                       |   |                  | Tributos              | R\$ 1,20         | 5,02%       |
| AGO 19             | 95   |                       |   |                  | <b>Total</b>          | <b>R\$ 13,88</b> | <b>100%</b> |
| JUL 19             | 83   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| JUN 19             | 52   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| MAY 19             | 79   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| ABR 19             | 96   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| MAR 19             | 96   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| FEB 19             | 80   |                       |   |                  |                       |                  |             |
| JAN 19             | 79   |                       |   |                  |                       |                  |             |

Para informações sobre o consumo de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e o uso adequado dos equipamentos elétricos. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e o uso adequado dos equipamentos elétricos. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e o uso adequado dos equipamentos elétricos.

As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e o uso adequado dos equipamentos elétricos. O cliente é responsável por verificar a correta instalação e o uso adequado dos equipamentos elétricos.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |                    |                               |                        | NÍVEL DE TENSÃO    |                        |
|---------------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO DE INTERRUPÇÃO                   | TEMPO MÁXIMO (min) | FREQUÊNCIA MÁXIMA (vezes/mês) | VALOR DO SERVIÇO (R\$) | TENSÃO NOMINAL (V) | VALOR DO SERVIÇO (R\$) |
| DR                                    | 0,00               | 0,00                          | 0,00                   | 220                | 0,00                   |
| FR                                    | 0,00               | 0,00                          | 0,00                   |                    |                        |
| DRFR                                  | 0,00               | 0,00                          | 0,00                   |                    |                        |

CONTA CONTINUADA MÊS 01/2020 DATA DE VENCIMENTO 23/01/2020 TOTAL A PAGAR (R\$)  
BANCO DO BRASIL S/A PAGAR  
0009 03217 4704



**SAMU  
192**

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOSINALDO GOMES DE LIMA, RG: 4.501.329/SDS-PE; CPF: 832.642.994-53, consta nos registros de ocorrências do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID: 0581 no dia 23/08/2019 às 21:25h. Endereço: ESTRADA PARA O RIACHO DO MEIO (ZONA RURAL) Cidade: Jataúba-PE. Queixa: Queda de moto. Tendo sido enviada a USB que prestou atendimento a vítima, transportando-a para UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA. De acordo com o registro de informações do SAMU foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Colar cervical; Monitoração cardíaca/oximetria; oxigenoterapia; imobilização padrão/imobilização de membros; punção venosa periférica.

Jataúba, 23 de Dezembro de 2019.

Thaiza Millena Oliveira Bezerra  
Enfermeira

  
COREN-PE 477.356

**THAIZA MILLENA OLIVEIRA BEZERRA**  
Coordenadora  
SAMU Base Jataúba







FICHA DE ATENDIMENTO DA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Data do Atendimento 23/08/2019  
Hora do Atendimento 22:31:06



Paciente JOSINALDO GOMES DE LIMA

Classificação de Risco: [ ] VERDE [ ] AMARELO [ ] VERMELHO

Sexo: M Data de Nascimento: 17/09/1972 Idade: 46 ano(s), 11 meses e 4 dias

Cartão SUS: 704.009.840.077.764

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Filiação: Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA

Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA

Endereço: RUA JOSE PEREIRA DE ARAUJO

Nº S/N

Bairro: MATADOURO

DDD: 81 Fone: 982755608 CEP

JATÁUBA - PE

Responsável/Trazido por: A ESPOSA

Recepcionista: RAQUEL KAROLL DA SILVA CAMPOS

Técnico de Enfermagem MARIA RUTH MACEDO DE SOUZA

Enfermeiro(a) Chefe TARCIANA DANTAS MARTINS

Médico(a) JOELMIR NUNES

Pressão Arterial: x Pulso: Temperatura: ° Peso: H.G.T. 177

Doenças Condições Referidas e ou Alergias: NEGA DOENÇAS, CONDIÇÕES REFERIDAS E OU ALERGIAS

Classificação Internacional de Atenção Primária

CIAP 09:30h

PA. 150 X 100

Prencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

( ) 33 Acidente de Trânsito ( ) 34 Acidente de Trabalho Típico ( ) 35 Acidente de Trabalho Trajeto ( ) 36 Violência

Descrição:

Histórico da Doença Atual:

Diagnóstico Provisório

Contusão no tornozelo - trauma animal (sem t.c. ou trauma não identificado)

Conduta:

- Exor - 17 - x mão + punho + antebraço + úmero
- imobilização 15 + 10, 10V
- C. tornozelo 100g + 100 10V

Observação:

Joelmir Nunes  
Médico  
CRM-PE 28.145

ALINE SILVA GUIMARÃES  
UNIDADE MISTA ANA ARGEMIRA CORREIA  
C. N. P. J 10.091.544/0001-60  
Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N  
Centro - Jataúba - PE - CEP 55.180 000  
4510112020

Atendimento(s) Anteriores(s) Data do Atendimento e Diagnóstico Provisório

\* 28/11/2018 DM \* 14/11/2018 \* 09/11/2018 DOR EM COXA D

Última Conduta Realizada:

28/11/2018 -

23:20: FRACTURA ALINHADA em 1/3 distal de rádio  
CD: imobilização de antebraço

Assinatura do Recepcionista

Carimbo e Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Joelmir Nunes  
Médico  
CRM-PE 28.145

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico Enfermagem

Data da Liberação do Paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ h

Tipo de Atendimento: ( ) Urgência/Emergência ( ) Ambulatório

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

24/08/19 - trauma 100 - g + SF 0,9% 100 - 2  
09:55 - SF 0,9% - 500 - 2, 10V, 100S + 100ml

Rua Expedicionário Inácio Aleixo de Araújo, S/N - Centro CEP 55.180-000 Fone (81)3746-1151 Fax(81)3746-1132 - Jataúba - PE  
C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES 2433788

11: 10: - para alinhamento

Joelmir Nunes  
Médico  
CRM-PE 28.145

Joelmir Nunes  
Médico  
CRM-PE 28.145







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PACIENTE: JOSINALDO GOMES DE LIMA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: ~~Dra. Waldenir de Fátima Valente~~

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: PLEXO E SEDACAO

Data da Operação: 25/08/19

Início:

Término:

DURAÇÃO:

Diagnóstico Pré-operatório: LUXACAO CARPO-METACARPIANA

Diagnóstico Pós-operatório: MANTEVE-SE O MESMO DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXACAO CARPO-METACARPIANA ATRAVES DE REDUCAO FECHADA

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA // 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA // 3. AMPLIADO FERIMENTO INICIAL // 4. REDUÇÃO + FIXAÇÃO ATRAVÉS DE PINAGEM PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER 5. SUTURA E CURATIVO // 6. OBSERVADO BOA PERFUSÃO DISTAL

dom, 25 de agosto de 2019

~~Dra. Waldenir~~

Dra. Waldenir Ferreira  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM - 13290 - RBO - 15334









## FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: **JOSINALDO GOMES DE LIMA**

Sexo: M Data de Nascimento: 17/09/1972 (idade: 46 ano(s), 11 meses e 8 dias)

Cartão SUS: 704.009.840.077.764  
Prontuário:

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA

Endereço: RUA JOSE PEREIRA DE ARAUJO

País: ULISSES MONTEIRO DE LIMA

Nº S/N JATAUBA - PE

Médico(a) Solicitante: JOSE SEVERINO DOS SANTOS NETO

Hospital de Destino:

Regional do Agreste

Condicionar:

Senha 5750637

Técnico de Enfermagem:

Preencher Em Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

( ) 33 Acidente de Trânsito ( ) 34 Acidente de Trabalho Típico ( ) 35 Acidente de Trabalho Trajeto ( ) 36 Violência

Encaminhamento / Motivo do Encaminhamento / Destinação:

Depois de queda de moto.  
Apresenta luxação em punho. (D)

Solicito avaliação da traumatologia - Ortopedia

Carimbo e Assinatura do Médico(a)

Dr. José Augusto Paiva  
Médico ORT 14171

25 ABR 2019

CODIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE REGULAÇÃO: 2403

RUA EXPEDICIONARIO INACIO ALEIXO DE ARAUJO, S/N - CENTRO FONE(81)3746-1151 - C.N.P.J. 10.091.544/0001-60 CNES: 2433788





DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que  
o Sr.(a) Josinaldo Gomes de Lima*

*Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 25/08/2019 a  
27/08/2019*

*Registro: 343999*

*Diagnostico: Fratura Luxação Carpo- Metacarpiano.*

*Tratamento: Cirúrgico .*

*OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID: S623 .*

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 16 de Janeiro de 2020

09.794.975/0269-17  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, Km 130  
Indianópolis - Caruaru - PE  
CEP 55000-000

setor de arquivo (SAME)





SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Tatiana dos Santos de Lima

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

40410098400042164

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/09/92

Masc. ☒

SEXO

Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

343999

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Paula Gomes de Lima

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Paulo de Carayol 616 Bairro do Matadouro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Fátima

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de altura  
apresentando lesões ortopédicas

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ação de trauma de altura

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão de fratura de humero

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

HOSPITAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGENCIAL

31 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

057832824438

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Tatiana dos Santos de Lima

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/10/12

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Unidade Traumatológica

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

(CNS) (CPF)

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Tatiana dos Santos de Lima

261910406086-0





## Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: JOSINALDO GOMES DE LIMA

CNS/Registro 704009840077764

Sexo: M Data de Nascimento: 17/09/1972

Profissão: Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA

Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA

Endereço: RUA JOSE PEREIRA DE ARAUJO

Nº S/N JATAUBA - PE

| Nº do Atendimento | Data do Atendimento | Diagnostico Provisorio   | IDADE     |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------|
| 1                 | 0000488657          | 05/11/2018               | 46 ANO(S) |
| 2                 | 0000488993          | 09/11/2018 DOR EM COXA D |           |
| 3                 | 0000489406          | 14/11/2018               | 46 ANO(S) |
| 4                 | 0000490567          | 28/11/2018 DM            | 46 ANO(S) |
| 5                 | 0000515996          | 23/08/2019 COLISAO MOTO  | 46 ANO(S) |
| 6                 | 0000516098          | 25/08/2019 QUEDA DE MOTO | 35 ANO(S) |
| 7                 | 0000516328          | 28/08/2019 TRAUMA        | 46 ANO(S) |
| 8                 | 0000521618          | 23/10/2019 CANDIASE      | 47 ANO(S) |



## CERTIDÃO

Certifico a pedido verbal da parte interessada que consta nos arquivos da Unidade Mista

Ana Argemira Correia o Prontuário Médico em nome do(a) paciente abaixo discriminado:

**Cartão SUS: 704.009.840.077.764**

Paciente **JOSINALDO GOMES DE LIMA**

Sexo: **M**

Data de Nascimento: **17/09/1972**

Idade: **47 ano(s), 3 meses e 28 dias**

Profissão: **Trabalhadores agropecuários polivalentes e trabalhadores assemelhados**

Filiação: Mãe: **JOSEFA GOMES DE LIMA**

Pai: **ULISSES MONTEIRO DE LIMA**

Endereço:

RUA **JOSE PEREIRA DE ARAUJO**

Bairro: **MATADOURO**

Nº **S/N** JATAUBA - PE

Pelo qual passo a presente Certidão que vai por mim datada e assinada:

Jataúba - PE, quarta-feira 15 de janeiro de 2020



Anne Gabrielle Bezerra  
Secretária Municipal de Saúde



Secretaria Municipal de Saúde de Jataúba/PE

Receituário

Lauro Antônio

Infante com o punho posi-  
cionado baixo no braço, 47 dias  
teve sintoma nos membros  
direita e  $\pm$  os meses. Appear  
a não movimento e  
persistente.

Dr. Felipe Xavier  
Ortopedista  
CRM-20724



01R32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIA



POLEGAR DIREITO



*Josinaldo Gomes de Lima*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

4.501.329

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/01/2006

NOME << JOSINALDO GOMES DE LIMA >>

FILIAÇÃO << VISSÉS MONTEIRO DE LIMA >>

NATURALIDADE << JOSEFA GOMES DE LIMA >>

DATA DE NASCIMENTO 17/09/1972

DOC. ORIGINAL JATAUBA - PE

<< CN 2392 L A03 F 96 CART 1º DIST. JATAUBA PE >>

CPF 19.12.2005 22

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-10 43.661

COMPREENSIVA E PRESENCIA S/A

21 MAR 2020

PROTÓCOLO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 832.642.994-53

Nome JOSINALDO GOMES DE LIMA

Nascimento 17/09/1972



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN-PE Nº 014960024450  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 524672270 RNTRO \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME  
EVANIO LUIS DA SILVA

JATAUBA-PE

CPF/CNPJ  
361.207.438-55

PLACA  
PGJ9904

PLACA ANT./UF  
\*\*\*\*\*

CHASSI  
9C2KD0540DR114137

ESPECIE TIPO  
PAS MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO  
HONDA/NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP/POT/CIL  
29/149CL

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA UNICA  
IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA UNICA  
1ª \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA  
1

PARCELAMENTO/COTAS  
\*\*\*\*\*

VENC. COTAS  
2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$)  
80.11

IOF (R\$)  
0.32

PREMIO TOTAL (R\$)  
80.43

DATA DE PAGAMENTO  
18/01/19

SEM RESERVA

Assinado por  
Roberto Carlos Moxeixa Fontelles

JATAUBA-PE

DATA  
27/12/19

Roberto Carlos Moxeixa Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014960024450 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
EVANIO LUIS DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

JATAUBA-PE

EXERCÍCIO  
2019

DATA EMISSÃO  
27/12/19

VIA  
1

CPF / CNPJ  
361.207.438-55

PLACA  
PGJ9904

RENAVAM  
524672270

MARCA / MODELO  
HONDA/NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB.  
2013

CAT. TARE  
09

Nº CHASSI  
9C2KD0540DR114137

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$)  
36.05

DETRAN (R\$)  
4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
4.15

IOF (R\$)  
0.32

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
84.58

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
18/01/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.008/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NAO É DE PORTE OBRIGATORIO





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200127314 **Cidade:** Jataúba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSINALDO GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 23/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 04.

@@@11

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100512/20

**Número do Sinistro:** 3200127314

**Vítima:** JOSINALDO GOMES DE LIMA

**CPF:** 832.642.994-53

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 23/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSINALDO GOMES DE LIMA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JOSINALDO GOMES DE LIMA : 832.642.994-53**

Autorização de pagamento

### 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.