



08/10/2020

Número: **0021157-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINALDO GOMES DE LIMA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69273635	08/10/2020 17:29	2739288_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00211579420208172001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., 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 **JOSINALDO GOMES DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada pericia a qual apurou lesão no punho direito com repercussão média (50%), sendo efetuado o pagamento no valor de R\$1.687,50:



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 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no punho direito com repercussão total (100%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 7 de outubro de 2020.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR - 08/10/2020 17:29:44
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100817294472800000067932718>
Número do documento: 20100817294472800000067932718

Num. 69273635 - Pág. 3



08/10/2020

Número: **0021157-94.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINALDO GOMES DE LIMA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphane Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69273 639	08/10/2020 17:29	ANEXO 1	Outros (Documento)

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 seqüela

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 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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
Titular do CPF: JOSINALDO GOMES DE LIMA

CPF de: Próprio

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 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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, 24 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127314

Vítima: JOSINALDO GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 23/08/2019

Cobertura: INVAUDEZ

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:

Autorização de pagamento	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

Pag. 00027/00028 - carta_03 - INVAUDEZ

00000414



Carta nº 15650233





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, 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

Carta nº 15650612

Pag. 00467/00470 - carta_01 - INVALIDEZ

00020239





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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0100501008 - cartã 15R - INVALIDEZ

00010543





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - (Escolha a(s) tipo(s) de cobertura):

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - (Nome completo do ASB):

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

83264299453

Joãoaldo Gomes de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo:

Joãoaldo Gomes de Lima

6 - CPF:

83264299453

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Telefone:

16 - E-mail:

17 - Cidade:

18 - Estado:

19 - CEP:

20 - Telefone:

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 na endereços acima informados, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA)

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A 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 POUANÇA (Somente para abençoados ativos. Assine e uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1003)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 qual eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já, a presente quitação 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente: uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Relembro-me, no entanto, do prazo de 90 (noventa) dias para a apresentação do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento apresentado, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, assegurando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Div)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

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/vivente?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jatobá - PE, 13.02.20

41 - Assinatura única, beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Segurado





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 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: Recebeiro 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:
☒ RECUO 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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: do Brasil
AGÊNCIA: 1666 7 CONTA: 112.397 1

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 (ou 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 resíduo(a) hereditário? ☐ 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 Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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 21:26

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE JATAUBA, 61, 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 peração 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 no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA
GOMES DE LIMA Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA Data de Nascimento: 17/6/1972
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JATAUBA, , MATADOURO - CEP: 55900-000 - Bairro:
CENTRO - JATAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**VACA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO
/ PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO HONDA BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(s): 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)**



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 SOPRADO. 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 de Lima
JOSINALDO GOMES DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Vinicius Jaime Lobo* - Matrícula: 3671633

22/01/2020 12:05





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA 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 **21:26**

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VACA (AUTOR / AGENTE)
 EVANIO LUIS DA SILVA (OUTRO)
 JOSINALDO GOMES DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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: **MUNICÍPIO DE JATUBA, , NATADOURO - CEP: 55890-000 - Bairro: CENTRO - JATUBA/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(s) Sr(a): **EVANIO LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(a): **JOSINALDO GOMES DE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGJ8884 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PGJ8884**

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 Gomes de Lima
JOSINALDO GOMES DE LIMA
(VÍTIMA)

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



22/01/2020 12:15





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

Complemento 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(s) 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: 55666-666 - 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(s) Sr(s): **EVANIO LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(s) Sr(s): **JOSINALDO GOMES DE LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

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: 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)

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

22/01/2020 12:15



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

1 - (Escolha a(s) tipo(s) de cobertura):

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - (Nome completo do ASB):

3 - CPF da vítima:

4 - Nome e número da vítima:

83264299453

Joãoaldo Gomes de Lima

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

5 - Nome completo:

Joãoaldo Gomes de Lima

6 - CPF:

83264299453

7 - Profissão:

Securador - 2ª via

8 - Endereço:

Jose Pereira de Araújo

9 - Número:

436

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Matadouro

12 - Cidade:

Jatubá

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55180-000

15 - E-mail:

16 - Telefone:

81931609528

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:

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 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 POUANÇA (Somente para abençoados abençoados. Assine e uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1003)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0235

6

CONTA:

99337

8

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT. A qual eu, titular do direito, reconheço e dando, desde já, a ciência e a ratificação 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 laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente: uma vez que (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Relembro-me, no entanto, do prazo de 90 dias para a apresentação do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento apresentado, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Segurado LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 3º, §1º, assegurando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação IML ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Div)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Se a vítima deixou companheiro(a):

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/vivente?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou:

parceiros vivos?

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jatubá - PE, 13.02.20

41 - Assinatura única, beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Procurador (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

1 - Anexo 1 (opcional)





CPH 202 190 254-40045 9500001000

Tarifa Social de Energía Eléctrica: Creída por la Ley 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP: 50.050-900
CNPJ: 13.039.070/0001-01 | Fax: (081) 336.00.00-01 | www.cepe.com.br

PERCUTANEOUS ORAL GLUCOCORTICOID THERAPY

MATADUR JALTALE
JALTALE PE
05-44-006

DATA FENALOMENS
MURKIN

7674-576004

07/2020

23/01/2020

13/02/2020

1000-0000/00/0000-0000\$10.00/0

27.80

1990年1月1日	1990年1月1日	1990年1月1日
1990年1月1日	1990年1月1日	1990年1月1日

DISTRIBUIÇÃO DA NOTA FISCAL			VALOR (R\$)
	QUANTIDADE	PREÇO UN.	
Consumo - TUSO até 30 km/h	30,000000	6,15655000	1.85
Consumo - TUSO superior a 30 até 100 km/h	62,000000	6,17133401	3.81
Consumo - TE até 23 km/h	24,000000	0,00760984	0.18
Consumo - TE superior a 23 até 100 km/h	45,000000	0,15857019	7.23
Acabamento Bandeira AWAFFELA			0.58
Corrente Item. Polícia Municipal			0.21
Multiplicador de 0,000000 - 100 km/h			0.00
Juiz de Direito R\$ 0,000000 - 19 km/h			0.00
Atuação de 0,000000 - 100 km/h			0.00

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRANDO DE COMPROBADO ESTA NOTA FISCAL

[illegible]

Il presente regolamento è stato approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Università e delle Facoltà di Lettere e Scienze Umane, in data 15/10/2010, e dalla Conferenza dei Presidenti delle Università e delle Facoltà di Scienze, in data 15/10/2010, e dalla Conferenza dei Presidenti delle Università e delle Facoltà di Scienze, in data 15/10/2010.

4) *Conducting* – the act of leading the orchestra. The conductor is the person who directs the orchestra. He or she is the one who tells the musicians when to start and stop playing. The conductor is also responsible for the overall sound of the orchestra.

PRINCÍPIOS E MÉTODOS DE CONTABILIDADE					BILANÇO DE FÉLIX		
ATIVO		ATIVO	PASSIVO	PASSIVO	ATIVO		
CONTÁBIL	REALIZADO	CONTÁBIL	CONTÁBIL	CONTÁBIL	CONTÁBIL	CONTÁBIL	
CAIXA	100	100	100	100	100	100	
DEBITO	0	0	0	0	0	0	
CRÉDITO	0	0	0	0	0	0	
ESTADO	0	0	0	0	0	0	
ESTADO	0	0	0	0	0	0	

DATE: 03/18/2020 TOTAL: 1.000000

RANCO DO BRASIL S/A

PAGE 10

0009 03217 47554





**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 Milena Oliveira Bezerra
Enfermeira

GOVERNADOR CARLOS AGUIAR
JATAÚBA-PE, 55.180-000

THAIZA MILLENA OLIVEIRA BEZERRA
Coordenadora
SAMU Base Jataúba



Rua Vereador Pedro Doca Filho, S/N – Centro – Jataúba-PE – CEP: 55.180-000 – Fone/Fax (81)
3746-1132

CNPJ: 10.091.544/0001-60 – E-mail: jatauba@uol.com.br



HRA

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: DR. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

1º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: FLECO 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 CIRURGICO DE LUXACAO CARPO-METACARPIANA ATRAVES DE REDUÇAO FECHADA

Operação Realizada: MANTEVE-SE O MESMA OPERAÇÃO PROPOSTA INICIALMENTE

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

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

data: 25 de agosto de 2019

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/10/2020 17:29:44
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100817294482800000067932722
Número do documento: 20100817294482800000067932722





CONSTITUÍDA POR ACÓRDÃO
DESEMPENHADA NO INTERIO DO PJE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 3088

Nome do Paciente: João Paulo Gomes de Lima Idade: 34 anos Sexo: M
Data de Nascimento: 11/02/86 Data da Anestesia: 18/08/19

Local de Procedimento: Tratamento de Dentes

Procedimento: Exatoma

Medicação: 10,000

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]

Assinatura: [assinatura]





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Corrêa



SUS



Pernambuco

Nº Transferência

Cartão SUS: 704.000.840.077.264
Prontuário

FICHA DE TRANSFERÊNCIA

Paciente: JORINALDO GOMES DE LIMA

Sexo: M

Data de Nascimento: 17/05/1972

(idade: 48 anos, 11 meses e 0 dias)

Cartão SUS: 704.000.840.077.264

Profissão: Trabalhador agrícola ou pecuário ou polivalente e trabalhadores agrícolas

Filiação: Mãe JOSEFA GOMES DE LIMA

Endereço: RUA JOSE PEREIRA DE ARAUJO

País: BRASIL

Nº 37 JATÁUBA - PE

Módulo: Saúde, JOSE SEVERINO DOS SANTOS NETO

Hospital de Destino: Regional do Agreste

Condutor:

Senha 5756637

Técnico de Enfermagem:

Prontuário: Caso de Causas Externas (Acidentes ou Violência)

() 33 Acidente de Trânsito () 34 Acidente na Residência () 35 Acidente de Trabalho () 36 Violência

Encomendado: Não, Excepcionalmente, Sim

Seguindo refusa de queda de moto
Apresenta luxação em punho (D)

Solicito avaliação da traumatologia - Ortopedia

Guilherme

15/05/2019

Colimbo e Assinatura do Médico

CODIGO DA UNIDADE NA CENTRAL DE REGULAÇÃO 12403

RUA EXPEDICIONARIO INACIO ALBERTO DE ARAUJO, S/N - CENTRO POBRE (513748-118) - CEP - 55.000-340/001-80 CNES 3053782





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

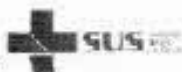
Caruaru 16 de Janeiro de 2020

109.794.975/0269
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
R. 232 - Km 130
Bairro Indianópolis - Caruaru - PE
CEP: 55.024-000

setor de arquivo (SAME)







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	Diagnóstico Provisório	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
5	0000515996	23/08/2019	COLISAO MOTO
6	0000516098	25/08/2019	QUEDA DE MOTO
7	0000516328	28/08/2019	TRAUMA
8	0000521618	23/10/2019	CANDIASE

OK





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



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

Barro: 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 Bozerra
Secretaria Municipal de Saúde





Secretaria Municipal de Saúde de Jataúba/PE

Receituário

lesões mecânicas

Tratando com o paciente posi-
cional bom na cama, 4-5 dias
tome analgésicos para dor
direita a ± os membros. Apoiar
a parte traseira e
pernas.


Dr. Philippe Xavier
Ortopedista
CRM-20724

Rua Expediente Inácio Rêgo de Araújo, s/n - Fone: (51) 3748.1121 - Jataúba - PE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

VEICULO: **1** COD. RENAVAM: **524672270** RNTTC: ********* EXERCÍCIO: **2019**

PLACA: **EVANIO LUIS DA SILVA**

JATAUBA-PE

CIVILIANO: **361.207.488-55** PLACA: **PGJ9804**

PLACA ANTIGA: ********* CHASSI: **9C2KD08490R114137**

TIPO DE VEICULO: **PAS MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO: **HONDA/NXR150 BRO3 ESD** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2013**

CAP/POI/CL: **28/149CL** CATEGORIA: **PARFIC** COR/PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA UNICA: **1** VENC. COTA UNICA: **1ª *******

PRAIA: **1** PARCELAMENTO/COTAS: **2ª *******

PREMIO TARIFARIO (R\$): **80.11** IOF (R\$): **0.22** PREMIO TOTAL (R\$): **80.33** DATA DE PAGAMENTO: **18/01/19**

SEM RESERVA INT. DE RCTE OBRIGATORIO

JATAUBA-PE DATA: **27/12/19**

Roberto Carlos Moreira Fontelles
PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUAS CARGAS, 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, LIGAR NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 822 1204

JATAUBA-PE EXERCÍCIO: **2019** DATA EMISSÃO: **27/12/19**

VEICULO: **1** COD. RENAVAM: **524672270** RNTTC: ********* EXERCÍCIO: **2019**

PLACA: **PGJ9804**

CIVILIANO: **361.207.488-55** PLACA: **PGJ9804**

MARCA/MODELO: **HONDA/NXR150 BRO3 ESD** ANO FAB: **2013** ANO MOD: **2013**

CAP/POI/CL: **28/149CL** CATEGORIA: **PARFIC** COR/PREDOMINANTE: **PRETA**

COTA UNICA: **1** VENC. COTA UNICA: **1ª *******

PRAIA: **1** PARCELAMENTO/COTAS: **2ª *******

PREMIO TARIFARIO (R\$): **80.11** IOF (R\$): **0.22** PREMIO TOTAL (R\$): **80.33** DATA DE PAGAMENTO: **18/01/19**

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 08.545.808/0001-04

DETACHE E GUARDE O BILHETE DPVAT. SEM NAO E 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 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Titular do CPF: JOSINALDO GOMES DE LIMA

CPF de: Próprio

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 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.

