



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 Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65575438	31/07/2020 09:48	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 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

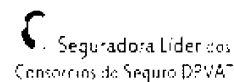
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



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 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.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: 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. 00827/00828 - carta_03 - INVALIDEZ

00040414



Carta nº 15650253



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. 00477/00478 - 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Limite de cobertura:

☐

DAMNOS (DESSENAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

CPF do titular

CPF do representante legal

83264299453

CPF do representante legal

CPF do representante legal

DECLARAR INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA SITUAÇÃO DE BENEFICÁRIO (REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSP Nº 01/2012

João de Deus Gomes da Silva

83264299453

Motociclista

PC 52450-000

5693160018

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 18 ANOS DE IDADE COM ELABORADO

Nome completo do representante legal

CPF do representante legal

CPF do representante legal

Data de nascimento do representante legal

Data de nascimento do representante legal

Data de nascimento do representante legal (ANEXAR CÓPIA)

Endereço residencial do titular da conta

☒

Conta Corrente

☐

Conta Poupança

☐

Conta de Poupança

22 - ENDOS BANCÁRIOS:

☒

DE BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

23 - CONTA BANCÁRIA

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo esta declaração de ausência de laudo do IML para a cobertura de indenização de invalidez permanente do beneficiário, sob a pena de multa de R\$ 1.000,00 (um mil reais) por cada declaração falsa assinada.

☒

Declaro que não há laudo do IML emitido para o beneficiário.

☐

Declaro que há laudo do IML emitido para o beneficiário, conforme cópia anexada.

☐

Declaro que há laudo do IML emitido para o beneficiário, conforme cópia anexada.

☐

Declaro que há laudo do IML emitido para o beneficiário, conforme cópia anexada.

☐

Declaro que há laudo do IML emitido para o beneficiário, conforme cópia anexada.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil

☐

Solteiro

☐

Casado

☐

Viúvo

☐

Divorciado

☐

Separado

☐

União estável

☐

Outro

☐

Outro

☐

Outro

☐

Outro

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

☐

25 - Data de nascimento

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

☐

26 - Data de nascimento

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

☐

27 - Data de nascimento

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

☐

28 - Data de nascimento

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

☐

29 - Data de nascimento

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

☐

30 - Data de nascimento

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

☐

31 - Data de nascimento

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

☐

32 - Data de nascimento

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

☐

33 - Data de nascimento

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

☐

34 - Data de nascimento

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

☐

35 - Data de nascimento

36 - Data de nascimento

☐

36 - Data de nascimento

☐

36 - Data de nascimento

☐

36 - Data de nascimento

☐

36 - Data de nascimento

☐

36 - Data de nascimento



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: Recusou-se 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) (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) (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 (vairnascido)? ☐ 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 26/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**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 20E0045000536

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

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

**Local da ocorrência: MUNICIPIO DE JATAUBA, 01. ESTRADA PARA
RIACHO DO MEIO - Bairro: ZONA RURAL JATAUBA/PERNAMBUCO
- BRASIL - Estado: Pernambuco - ZONA RURAL
- Tipo de local: VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**1. VÍTIMA: VÍTIMA ACIDENTE,
JOSINALDO GOMES DE LIMA - CLIMAX**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**01. Veículo: 1 (MOTO) marca Honda Bros - Cor: Preta - Ano: 2019 - Placa: 2019-01153
- ROSTINALDO 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 Residência: MUNICIPIO DE JATAUBA, , MATADOURO - CEP: 55000-000 - 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 de(a) Sr(a): JOSINALDO GOMES DE
LIMA - que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO GOMES DE LIMA
- categoria: Motocicleta - Motocicleta - MOTOCICLETA - HONDA - NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: NÃO
- Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

22/01/2020 12:07



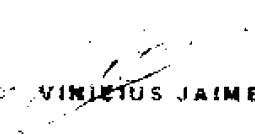
Placa: **PGJ9904** - FRENTE: MOTORILHÃO - LAMINADO
FRENTE: **MOTO HONDA BROS 160 PLACA PGJ9904**

Complemento / Observação

COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOFRIDO. SEGUNDO RELATO DA VITIMA, ELE CONDUZIA A MOTO A NOITE NA ESTRADA RURAL PARA RIACHO DO MEIO, QUANDO UMA VACA ESTAVA NO MEIO DA PISTA, FAZENDO A VITIMA DESVIAR E CAIR. VITIMA COMPARECEU E APRESENTOU OS COMPROVANTES DE ATENDIMENTO DO SAMU COM ID: 0581 E UM PRONTUARIO DO HRA 143999. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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


JOSINALDO GOMES DE LIMA
(VITIMA)

Registrado por:  **VINICIUS JAIME LOBO** - Matrícula: **3871533**

20/07/2020 12:19





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINIERI - 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 do BO Número: 20E0045000536

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

Local do crime: endereço: **MUNICIPIO DE JATAUZA, 1, ESTRADA PARA RIACHO DO MEIO - Bairro: ZONA RURAL - JATAUZA, PERNAMBUCO - BRASIL - Município: Jataúza - Zona: ZONA RURAL - Local do fato: VIA PUBLICA**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
TOMÁS MONTEIRO DE LIMA (DEPO)
JOSINALDO GOMES DE LIMA (VÍTIMA)

Objetos envolvidos na ocorrência:

VEICULO: não presente ao plantão (não foi encontrado) - placa: 55990-000 - 1400 cc - 2007
MOTOROLA DO COMUM E FONE

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

Nome completo: JOSINALDO GOMES DE LIMA - Data de nascimento: 17/08/1972 - Sexo: Masculino - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL

JOSINALDO GOMES DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA Pai: ULISSES MONTEIRO DE LIMA Data de Nascimento: 17/08/1972
Residência: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**
Endereço residencial: **MUNICIPIO DE JATAUZA, MATADOURO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - JATAUZA PERNAMBUCO - BRASIL**

VACA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL

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



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

MOTO HONDA BROS (VEICULO) de propriedade do(á)s Sr(a) **EVANIO LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(á) Sr(a) **JOSINALDO GOMES DE LIMA**, sendo o condutor o Motorista **MOTOCICLETA HONDA NÃO INFORMADO** (informações a seguir **NÃO** foram **PRETA** - Quantidade **1** (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa **PGJ0004** - TRANSPORTAÇÃO - VITIMIZADO
 Descrição **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PGJ0004**

Complemento / Observação

COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOFRIDO, SEGUNDO RELATO DA VITIMA, ELE CONDUZIA A MOTO A NOITE NA ESTRADA RURAL PARA RIACHO DO MEIO, QUANDO UMA VACA ESTAVA NO MEIO DA PISTA, FAZENDO A VITIMA DESVIAR E CAIR. VITIMA COMPARECEU E APRESENTOU OS COMPROVANTES DE ATENDIMENTO DO CAMU COM ID: 0551 E UM PRONTUÁRIO DO HRA 343996. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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

Josinaldo Gomes de Lima
JOSINALDO GOMES DE LIMA
 (VITIMA)

B.O. registrada por **VINÍCIOS JAIME LOBO** - Matrícula **3871533**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA 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 JATUBA, 1, ESTRADA PARA RIACHO DO MEIO - Bairro: ZONA RURAL - JATUBA/PERNAMBUCO /BRASIL - Ponto da Referência: ZONA RURAL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO - Casado da geração da ocorrência - que estava em posse do Sr 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
 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE JATUBA, . MATADOURO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - JATUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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



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

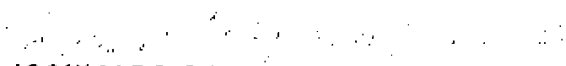
MOTO HONDA BROS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) **EVANIO LUIS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **JOSINALDO GOMES DE LIMA**.
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQJ9964 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **MOTO HONDA BROS 150 PLACA PQJ9964**

Complemento / Observação

COMPARECEU A DELEGACIA DE PLANTÃO DE CARUARU, O SENHOR JOSINALDO GOMES DE LIMA PARA RELATAR UM ACIDENTE SOPRIDO. 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 243599. NADA MAIS A ACRESCENTAR.

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


JOSINALDO GOMES DE LIMA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por:  **VINICIUS JAIME LOBO** - Matrícula: **2871533**

12/01/2020 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

Limite da cobertura:



DAMNOS (DESSENAS DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

CPF do titular

CPF do representante legal

83264299453

CPF do representante legal

CPF do representante legal

DECLARAR INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA SITUAÇÃO: BENEFCIÁRIO (RUBRICAR REPRESENTANTE LEGAL) CIRCULAR SUSP Nº 016/2012

João da Silva

83264299453

CPF do titular

Motocicleta

João da Silva

PC 52450.000

5693160018

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL: PAI, TUTOR E CURADOR PARA VITIMAS BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 E 18 ANOS DO NCAP42 COM ELABORAR

Nome completo do representante legal

CPF do representante legal

CPF do representante legal

Data de nascimento do representante legal

Data de nascimento do representante legal

Data de nascimento do representante legal

Endereço residencial do titular da conta



Conta Corrente



Conta Poupança



Conta de Poupança

22 - ENDOS BANCÁRIOS:



DE BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)



CONTA POUQUANÇA



CONTA CORRENTE

Banco do Brasil

Itaú

Banco do Brasil

Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo esta declaração de ausência de laudo do IML para a cobertura de indenização de invalidez permanente, sob as penas da lei, e que não estou preenchendo esta declaração para a cobertura de indenização de morte.



Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo esta declaração de ausência de laudo do IML para a cobertura de indenização de invalidez permanente, sob as penas da lei, e que não estou preenchendo esta declaração para a cobertura de indenização de morte.



Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo esta declaração de ausência de laudo do IML para a cobertura de indenização de morte, sob as penas da lei, e que não estou preenchendo esta declaração para a cobertura de indenização de invalidez permanente, sob as penas da lei.



Declaro, sob as penas da lei, que estou preenchendo esta declaração de ausência de laudo do IML para a cobertura de indenização de morte, sob as penas da lei, e que não estou preenchendo esta declaração para a cobertura de indenização de invalidez permanente, sob as penas da lei.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

24 - Estado civil



Solteiro



Casado



Viúvo



Divorciado



União estável



Outro

25 - Data do documento

26 - Nome do beneficiário

27 - Nome do beneficiário

28 - Nome do beneficiário

29 - Nome do beneficiário

30 - Nome do beneficiário

31 - Nome do beneficiário

32 - Nome do beneficiário

33 - Nome do beneficiário

34 - Nome do beneficiário

35 - Nome do beneficiário

36 - Nome do beneficiário

37 - Nome do beneficiário

38 - Nome do beneficiário

39 - Nome do beneficiário

40 - Nome do beneficiário

41 - Nome do beneficiário

42 - Nome do beneficiário

43 - Nome do beneficiário

44 - Nome do beneficiário

45 - Nome do beneficiário

46 - Nome do beneficiário

47 - Nome do beneficiário

48 - Nome do beneficiário

49 - Nome do beneficiário

50 - Nome do beneficiário

51 - Nome do beneficiário

52 - Nome do beneficiário

53 - Nome do beneficiário

54 - Nome do beneficiário

55 - Nome do beneficiário

56 - Nome do beneficiário

57 - Nome do beneficiário

58 - Nome do beneficiário

59 - Nome do beneficiário

60 - Nome do beneficiário

61 - Nome do beneficiário

62 - Nome do beneficiário

63 - Nome do beneficiário

64 - Nome do beneficiário

65 - Nome do beneficiário

66 - Nome do beneficiário

67 - Nome do beneficiário

68 - Nome do beneficiário

69 - Nome do beneficiário

70 - Nome do beneficiário

71 - Nome do beneficiário

72 - Nome do beneficiário

73 - Nome do beneficiário

74 - Nome do beneficiário

75 - Nome do beneficiário

76 - Nome do beneficiário

77 - Nome do beneficiário

78 - Nome do beneficiário

79 - Nome do beneficiário

80 - Nome do beneficiário

81 - Nome do beneficiário

82 - Nome do beneficiário

83 - Nome do beneficiário

84 - Nome do beneficiário

85 - Nome do beneficiário

86 - Nome do beneficiário

87 - Nome do beneficiário

88 - Nome do beneficiário

89 - Nome do beneficiário

90 - Nome do beneficiário

91 - Nome do beneficiário

92 - Nome do beneficiário

93 - Nome do beneficiário

94 - Nome do beneficiário

95 - Nome do beneficiário

96 - Nome do beneficiário

97 - Nome do beneficiário

98 - Nome do beneficiário

99 - Nome do beneficiário

100 - Nome do beneficiário

101 - Nome do beneficiário

102 - Nome do beneficiário

103 - Nome do beneficiário

104 - Nome do beneficiário

105 - Nome do beneficiário

106 - Nome do beneficiário

107 - Nome do beneficiário

108 - Nome do beneficiário

109 - Nome do beneficiário

110 - Nome do beneficiário

111 - Nome do beneficiário

112 - Nome do beneficiário

113 - Nome do beneficiário

114 - Nome do beneficiário

115 - Nome do beneficiário

116 - Nome do beneficiário

117 - Nome do beneficiário

118 - Nome do beneficiário

119 - Nome do beneficiário

120 - Nome do beneficiário

121 - Nome do beneficiário

122 - Nome do beneficiário

123 - Nome do beneficiário

124 - Nome do beneficiário

125 - Nome do beneficiário

126 - Nome do beneficiário

127 - Nome do beneficiário

128 - Nome do beneficiário

129 - Nome do beneficiário

130 - Nome do beneficiário

131 - Nome do beneficiário

132 - Nome do beneficiário

133 - Nome do beneficiário

134 - Nome do beneficiário

135 - Nome do beneficiário

136 - Nome do beneficiário

137 - Nome do beneficiário

138 - Nome do beneficiário

139 - Nome do beneficiário

140 - Nome do beneficiário

141 - Nome do beneficiário

142 - Nome do beneficiário

143 - Nome do beneficiário

144 - Nome do beneficiário

145 - Nome do beneficiário

146 - Nome do beneficiário

147 - Nome do beneficiário

148 - Nome do beneficiário

149 - Nome do beneficiário

150 - Nome do beneficiário

151 - Nome do beneficiário

152 - Nome do beneficiário

153 - Nome do beneficiário

154 - Nome do beneficiário

155 - Nome do beneficiário

156 - Nome do beneficiário

157 - Nome do beneficiário

158 - Nome do beneficiário

159 - Nome do beneficiário

160 - Nome do beneficiário

161 - Nome do beneficiário

162 - Nome do beneficiário

163 - Nome do beneficiário

164 - Nome do beneficiário

165 - Nome do beneficiário

166 - Nome do beneficiário

167 - Nome do beneficiário

168 - Nome do beneficiário

169 - Nome do beneficiário

170 - Nome do beneficiário

171 - Nome do beneficiário

172 - Nome do beneficiário

173 - Nome do beneficiário

174 - Nome do beneficiário

175 - Nome do beneficiário

176 - Nome do beneficiário

177 - Nome do beneficiário

178 - Nome do beneficiário

179 - Nome do beneficiário

180 - Nome do beneficiário

181 - Nome do beneficiário

182 - Nome do beneficiário

183 - Nome do beneficiário

184 - Nome do beneficiário

185 - Nome do beneficiário

186 - Nome do beneficiário

187 - Nome do beneficiário

188 - Nome do beneficiário

189 - Nome do beneficiário

190 - Nome do beneficiário

191 - Nome do beneficiário

192 - Nome do beneficiário

193 - Nome do beneficiário

194 - Nome do beneficiário

195 - Nome do beneficiário

196 - Nome do beneficiário

197 - Nome do beneficiário

198 - Nome do beneficiário

199 - Nome do beneficiário

200 - Nome do beneficiário

201 - Nome do beneficiário

202 - Nome do beneficiário

203 - Nome do beneficiário

204 - Nome do beneficiário

205 - Nome do beneficiário

206 - Nome do beneficiário

207 - Nome do beneficiário

208 - Nome do beneficiário

209 - Nome do beneficiário

210 - Nome do beneficiário

211 - Nome do beneficiário

212 - Nome do beneficiário

213 - Nome do beneficiário

214 - Nome do beneficiário

215 - Nome do beneficiário

216 - Nome do beneficiário

217 - Nome do beneficiário

218 - Nome do beneficiário

219 - Nome do beneficiário

220 - Nome do beneficiário

221 - Nome do beneficiário

222 - Nome do beneficiário

223 - Nome do beneficiário

224 - Nome do beneficiário

225 - Nome do beneficiário



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 09:48:45

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109484530000000064344173

Número do documento: 20073109484530000000064344173

Num. 65575438 - Pág. 16



10/10/2019

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
SAMU Base Jataúba

THAIZA MILLENA OLIVEIRA BEZERRA
Coordenadora
SAMU Base Jataúba

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 31/07/2020 09:48:45
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073109484530000000064344173
Número do documento: 20073109484530000000064344173

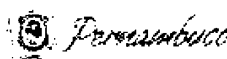
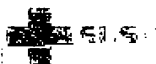
Rua Vereador Pedro Doca Filho, S/N - Centro - Jataúba-PE - CEP: 55.180-000 - Fone/Fax (81)
3746-1132

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





Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



SENHA 85

Nº Atendimento 515 99

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 17/08/1972 Idade 46 anos/37 meses e 4 dias

Cartão SUS: 704.009.840.077.764

Profissão Trabalhador agropecuario do volante e manipulador de medicamentos

Nº Prontuário: _____

Filiação Mãe JOSEFA GOMES DE LIMA

Pai ALISSÉS MONTEIRO DE LIMA

Endereço Rua JOSE PEREIRA DE RAUJO

Nº 15A

Bairro MATACURO

DDD 84 Fone 982755608 CEP

Atividade

Responsável pelo cuidado ADOLESCENTE

Recepcionista RAQUEL MARQUES DA SILVA JACQUES

Técnico de Enfermagem MARIA HELENA MARQUES DE SOUZA

Enfermeiro Chefe TARCANA DANILAS MARTINS

Médico CEILYN NUNES

Pressão Arterial

Frequência

temperatura

Respi

SG 177

Quemora Doenças Precedentes ou Alergias NEGRA DOENÇAS PRECEDENTES E ALERGIAS

Precedentes Ex. Casos de Doenças Precedentes (Alergias) ou Alergias

Classificação Internacional de Atenção Primária

1 - 32 Agente da Tensão 1 - 34 Agente da Tensão Tipo 1 - 35 Agente da Tensão Tipo 1 - 36 Agente da Tensão Tipo 1 - 37 Agente da Tensão

Descrição

CIAP 09:30h

PA 150 X 100

Histórico da Doença Atual

Diagnóstico Provável

Coluna vertebral - trauma animal (trauma de coluna vertebral)

Conduta

Tratamento (medicamentosos)

Observações

Exame físico: Membro superior + Membro inferior + Membro superior + Membro inferior

Exame físico: Membro superior + Membro inferior

Exame físico: Membro superior + Membro inferior

Joelma Nunes
Médico
CRM-PE 28.145

Atendimento: Antecedentes Data do Atendimento Diagnóstico Provável

17/08/2019 08:14:00 10/08/2019 08:14:00

Última Consulta Realizada

28/07/2019

23/08/2019 Fístula abdominal em 1/2 altura de abdome
30% mobilização de abdome

Assinatura do Recepcionista

Carimbo e Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Carimbo e Assinatura do(a) Técnico(a) de Enfermagem

Data da Internação do Paciente

Hora

Tipo de Atendimento Urgência/Emergência

Ambulatório

Carimbo e Assinatura do Médico

23/08/2019 22:31:06 Fístula abdominal em 1/2 altura de abdome
30% mobilização de abdome

Rua Expediente Inácio Azeite de Araújo, S/N - Centro, CEP 55.930-000 Fone: 81(3745) 1151 Fax: 81(3745) 1152 Japão, PE

CNPJ: 13.041.844/0001-50 INSC: 04534585

Joelma Nunes
Médico
CRM-PE 28.145

Joelma Nunes
Médico
CRM-PE 28.145

•

[3]13

1

•

•

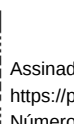
•

1

1

1

1



1. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 2. RELATÓRIO: 1.º
 3. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 4. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 5. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 6. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 7. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 8. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 9. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 10. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 11. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 12. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 13. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 14. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 15. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 16. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 17. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 18. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 19. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 20. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 21. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 22. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 23. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 24. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 25. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 26. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 27. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 28. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 29. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 30. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 31. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 32. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 33. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 34. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 35. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 36. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 37. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 38. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 39. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 40. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 41. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 42. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 43. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 44. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 45. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 46. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 47. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 48. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 49. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 50. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 51. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 52. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 53. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 54. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 55. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 56. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 57. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 58. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 59. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 60. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 61. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 62. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 63. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 64. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 65. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 66. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 67. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 68. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 69. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 70. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 71. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 72. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 73. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 74. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 75. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 76. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 77. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 78. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 79. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 80. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 81. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 82. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 83. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 84. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 85. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 86. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 87. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 88. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 89. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 90. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 91. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 92. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 93. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 94. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 95. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 96. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 97. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 98. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 99. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO
 100. NOME DO DEBENTE: DEBENTE DO CREDITO

de 3-58.

- 3-52

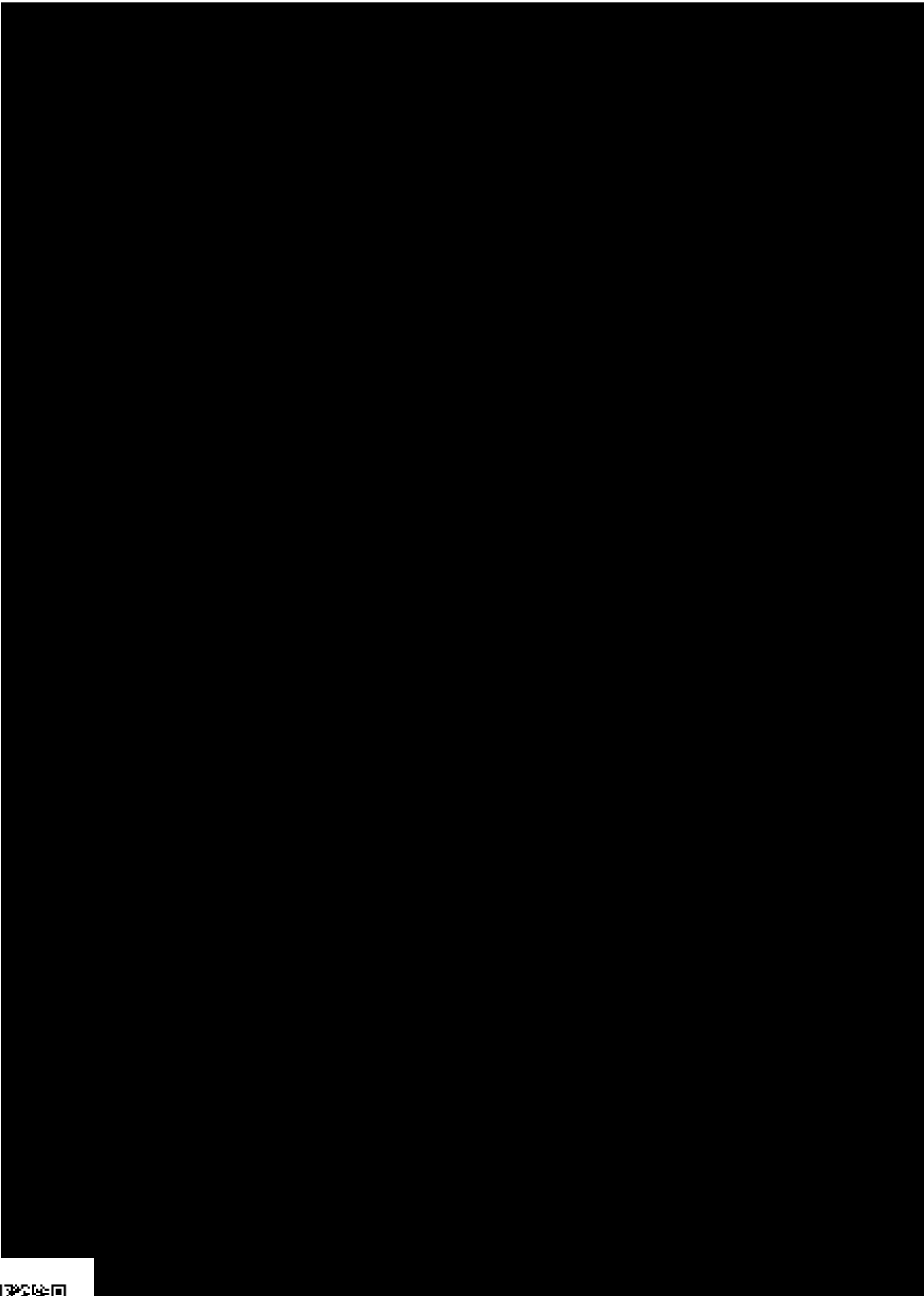
3-52

3-52

3-52

3-52





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizeram 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

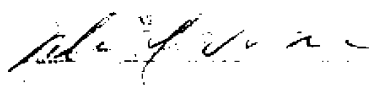
Diagnostico: Fratura Lateral Cereb- Metacarpo.

Tratamento: Cirurgico

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

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 16 de Janeiro de 2020



Selo de arquivo (SAME)







Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista Ana Argemira Correia



Resumo do Atendimento de Pacientes

Paciente: JOSINALDO GOMES DE LIMA

CNS-Registro: 704009840077764

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

Profissão: Trabalhadores agropecuarios polivalentes e trabalhadores assemelhados

Filiação: Mãe: JOSEFA GOMES DE LIMA

Pai: JLISSÉS MONTEIRO DE LIMA

Endereço: RUA: JOSÉ PLEIREIRA DE ARAUJO

Nº S/N: JATÁUBA - PE

Nº do Atendimento	Data do Atendimento	Diagnóstico Provisório	IDADE
1	0000488657	05/11/2018	48 ANO(S)
2	0000488993	09/11/2018	DOR EM COXA D
3	0000489406	14/11/2018	48 ANO(S)
4	0000490567	29/11/2018	DM
5	0000515996	23/08/2019	COL. SAO MOTO
6	0000516096	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



Pernambuco

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

Par: ULISSES MONTEIRO DE LIMA

Endereço:

RUA JOSE PEREIRA DE ARAUJO

Bairro: MATADOURO

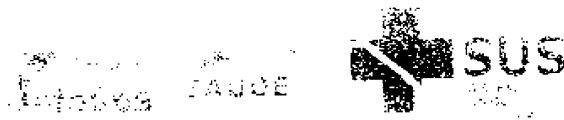
Nº S/N JATAUBA - PE

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 Catubajipe

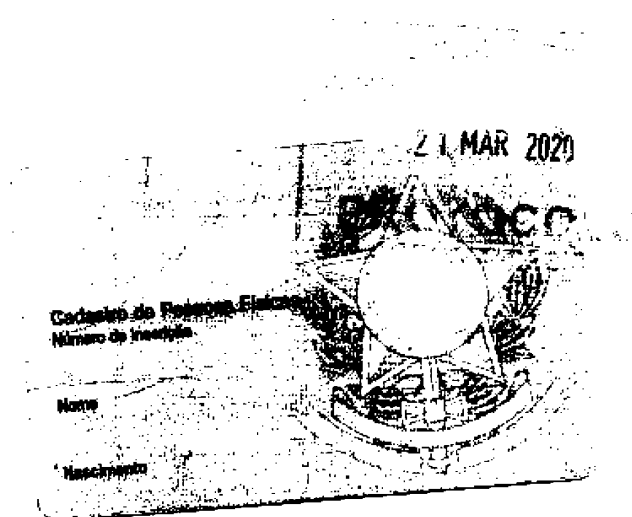
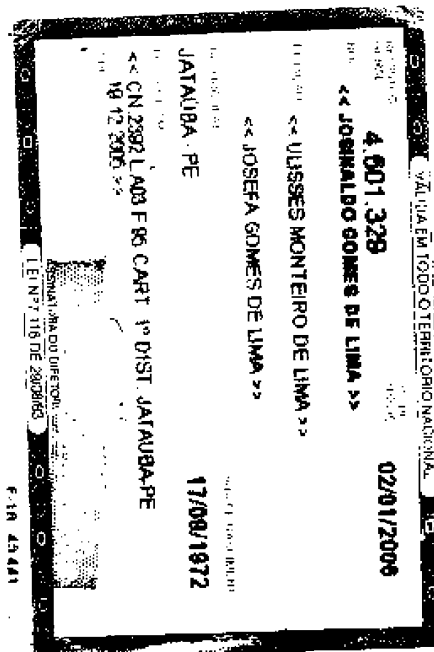
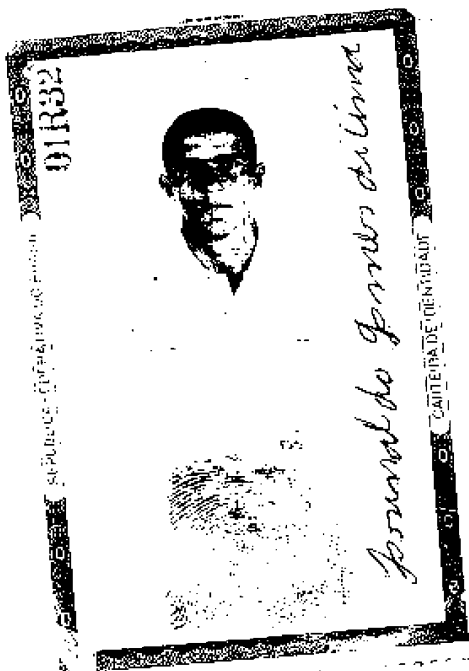
Receituário

Lesão meníngea

Tratando com o paciente pos-
sível de lesão na base, 47 anos
leve dor nos membros inferiores
durante a noite. Apresenta
dores nos membros e
persistentes.

Dr. Felipe Xavier
Ortopedista
CRM-20724





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº **014960024450**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
1 524612270 ***** 2019
EVANIO LUIZ DA SILVA

JATAUBA - PE

261.207.430-05

9009904

902801541JRI14137

922 MOTOCICLETA

ALCOA GAZOL

HONDA/HR150 BRCS 230

2013 2013

25/148CL

PARALELO

PRETA

DATA ÚNICA	VEÍCULO	DATA ÚNICA
199A 2019 QUITADO	2	*****
1	2	*****

00.11 0.12 0.13 10/11/13

SEM RESERVA

JATAUBA - PE 12/12/2019

Roberto Carlos Moreira Pontellics

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº **014960024450** DPVAT DE SEGURO DPVAT
EVANIO LUIZ DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR AO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.segurodpvatoobrigatorio.com.br
RAC DPVAT 001 001 001

JATAUBA - PE

2019 27/12/19

261.207.430-05

9009904

524612270

HONDA/HR150 BRCS 230

2013

902801541JRI14137

PREMIO OBRIGATORIO

FNS INE	PREMIO INE	CUSTO DO REGISTRO
26.05	4.31	40.38
4.15	0.12	34.50
DATA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA ÚNICA
12/12/19	12/12/19	12/12/19

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.203.003/0001-80

DEixe em GUARDE O BILHETE DPVAT
NÃO PAGAR 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

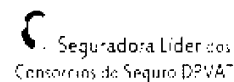
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



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 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.

