



Número: **0009797-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOHNY CLAUDE DE LIMA (AUTOR)		JOSE PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64361003	08/07/2020 14:04	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5946279

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 17/12/2014 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 02/08/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00013/00014 - carta_03

00080007





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6056630

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00031/00032 - carta_02

00050016





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6144356

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01053/01054 - carta_03

00260527



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta nº: 6464904

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/02/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/08/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00289/00290 - carta_03

00080145



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2015

Carta nº: 6615932

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01021101022 - carta_02

00090511



Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2015

Carta nº: 6744781

A/C: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sinistro: 3140138069
Vitima: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Data Acidente: 02/08/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000039172-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01933/01934 - carta_15R

00020967



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3140138069 - 1
Nome do(a) Examinado(a): JOHNY CLAUDE DE LIMA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA CORONEL JOÃO MANGUINHOS nº 1057 - NOVO - OLINDA/PE
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 356863578 - SSP
Data local do exame: 01/04/2015 RECIFE/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FERIMENTO EXTENSO NA PERNA PROXIMAL DIREITA- ABRANGENDO A REGIAO POSTERIOR E INTERNA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO
ESTA DE ALTA MEDICA**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA DISCRETO DA PERNA DIREITA E FLEXAO DO JOELHO ATE 90 GRAUS.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MID

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 01/04/2015

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

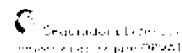
Dr. Dora M. B. L. Mendes
Médica Perita
CRM: 52258890-6
Especialidade: Medicina

Assinatura do perito Examinador - CRM

Assinatura do perito Examinador - CRM



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140138069

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA Data do acidente: 02/08/2014

Emissor do parecer: Juliana Sena de Oliveira

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Prestadora: Visão Médica Ltda

CRM do médico: 52.44121-9

PARECER

Data da análise: 07/01/2015

Valoração do IML: 0,00

IML:

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO EM MI DIREITO

Resultados A ESCLARECER
terapêuticos:Sequelas
permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:Documentos
complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador:

UF do CRM do
médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

ile:///C:/Users/juliana.afonso/Desktop/PARECER%20DE%20ANÁLISE%20MÉDIC... 03/07/2020

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: 06/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

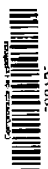
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação C7F7F5AAFB865A2C





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOANNY CLAUDE DE L. ME,
RG nº 35.686.357-7, data de expedição 31/03/07, Orgão SSP PE,
CPF nº 2825.654.355-18, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro.

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>AV CARACOL JEO MANGUMODE</u>
Número	<u>1057</u>
Apto / Complemento	<u>NOVO</u>
Bairro	<u>BARRO NOVO</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53050-070</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8513.3340 8526.6726</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data Olinda, 19-02-2015

Assinatura do Declarante: JOANNY CLAUDE DE L. ME



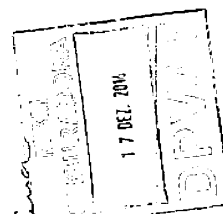
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, N. JONNY CORDEIRO DE MELLO JUNIOR,
 CPF nº 88.357.8, data de expedição 31/08/07, Órgão DSP-PE,
 CPF nº 22.5.654.358-8 venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comércio, perante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito, segundo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Proprietário	
Endereço (Av. e nº, bairro, cidade)	RUA TERRA NOVA.
Estado	OS
Cidade / Complemento	PR. 003.
Estado	PR
Cidade	PRINHA LUNDEGRENTI
Estado	PAULISTA
Cidade	PE
CPF	53415-410
Telefone (fixo)	(11) 8553-3840
Telefone (celular)	8353-8382 / 8828-8688

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 14:04:24

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070814042474700000063169285



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 14:04:24

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 08/07/2020 14:04:24





colpo
Tribunal de Justiça do Estado de Mato Grosso do Sul
Comarca de Campo Grande
Cidade de Campo Grande, 11 de Maio de 2020. PJe 2020-002
CNPJ 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

CPF: 08.000.000/0001-91

17 051 2014
DPVA



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO



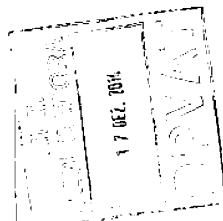
CERTIDÃO

Certidão nº 2014APH001391 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). IVANILDO HORACIO DE LIMA, 65 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 361707186 SSP-SP, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.609.554-53, residente à RUA TERRA NOVA, nº 05, , ARTHUR LUNDGREN 1, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 02/08/2014, por volta das 15:07 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, ARTHUR LUNDGREN II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL FIAT UNO, CINZA, KUH-9294-PE; MOTOCICLETA 50cc, SEM PLACA, no(a) qual fora vítima(a) o(a) Sr(ª) JOHNY CLAUDE DE LIMA, inscrito sob o CPF nº 225.654.358-78 e Registro Geral nº 356863578, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 940325-6 ETEVALDO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 233817. Ficou aos cuidados do médico DANILO VASCONCELOS, registro 18126. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Postação em 28/11/2014

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 20144P1001191



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOHNY CLAUDE DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 35686.357-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.654.358-78 residente 5 domiciliado na Rua: Tereza Nova, n: 05, pp. 003, ARTHUR LUDEWIG RENT Cidade: PAULISTA, Estado: PE 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 estabelecimento do IML no município da minha residência, ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

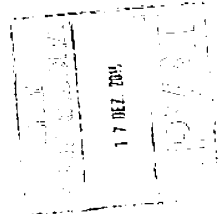
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Johnny Claude de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Aracaju 05/12/14.

Local e data





357700

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA
Comunicação
STATUS DA OCORRÊNCIA

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA
PRF: 0028203 - ROBERTSON TEIXEIRA MENDES
Município: PAULISTANA
Fase do dia: Manhã
Sinalização existente: Periculosa
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícias? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário da solicitação: 08/07/2020 14:00
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Localização: Rodovia
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro
Sentido da Via: Direcional
BR: 107 - KM: 570

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE

Polícia da Rodovia: 0028203 - ROBERTSON TEIXEIRA MENDES

Uso do Solo: Urbano

Estado de Conservação: Bom

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

Existência de sinalização? Não

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: https://pje.tje.jus.br

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2020 14:09:29

NÚMERO DE CONTROLE: 4063169285

* Somente possui valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO

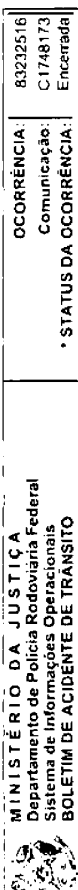
VEICULOS ENVOJADOS

Placa: [Sequencial] [7] Descrição: [FANCA PRETA SEM PLACAS] Chassi: [Renavam: []]
Marca/Modelo: [] Cor: [PRETA] Ano: [] Tipo: [Motocicla]
Ocupantes: [1] Espécie: [Passagem] Categoria: [Principal] CPF/CNPJ: [225.654.358-78]
Proprietário: [JOHNY CLAUDE DE LIMA] Endereço: [RUA IERHANOV] CEP: []
Município/UF: [PAULISTA/PE] Telefones: []
COMBINAÇÃO DE VEICULO DE CARGA
Placa U1: [] Placa U2: [] Placa U3: [] Placa U4: []
Origem: [PAULISTA/PE - BRASIL] Destino: [ABREU LIMA/PE - BRASIL]
CIRCUNSTÂNCIA DO VEICULO
Manobra do Veículo no Acidente: [Cruzando a pista] Saída de Pista? [Não] Capacidade? [Não] Tombamento? [Não]
Colisão com Objeto Frio? [Não Houve] Colisão com Objeto Móvel? [Outro Veículo] Incêndio? [Não]
Marcas de Freios (m, c, o) Estado dos Pneus: [Bom]
Descrição do Reclatamento: []
Carregamento: [] Houve Desarrumamento de Carga? [Não] Extensão dos Danos: [] Moeda: [Real R\$]
Valor Total da Carga: [R\$0,00] Produto Perigoso: []
Descrição da Carga: []
ENCAMINHAMENTO DO VEICULO
Tipo de Receptor: [] Data/Hora da Recepção (hora local): [] Motivo: []
Responsável pela Recepção: [] Documento do Responsável: []
Município/UF: [] Descrição do Encaminhamento: []
Veículo: [VPM 119294]
Nome/Apêlido: [FERNANDA VICENTE NERI] Sexo: [Feminino] Estado Civil: [Não Informado]
Data de Nascimento: [27/01/1993]
Nome do Pai: [FERNANDO VICENTE NERI]
Nome da Mãe: [MARIA LUCIA DA SILVA]
Endereço: [RUA PRESIDENTE VARGAS 2576] Telefones: [] CEP: [51415-210]
Município/UF: [PAULISTA/PE] Nacionalidade: [BRASIL] Grau de Instrução: [Não Informado]
CPF: [042.106.344-00] Documento de Identificação: [5478987] Orgão Expedidor: [SEI - PE]
Estado Fictício: [Não] Destino: [GARASSU/PE - BRASIL]
Existe Declaração em Anexo? [Não] Socorrido pela PRF? [Não] Usava Capacete? [Não] Usava Cinto? [Sim]
Transcrição da Declaração: [Havia Vestigios de Ingestão de Alcool? [Não]

Condução e Habilitação? [Sim] Categoria CNH: [B] Registro CNH: [00076890/PE] Primeira Habilitação: [28/10/2002]
Validade CNH: [10/07/2024] País CNH: []
Partenários: []
Informações Complementares: []
FRENTEIRO DO CONDOTOR
Tipo de Receptor: [] Responsável pela Recepção: [] Data/Hora da Recepção (hora local): []
Documento do Responsável: [] Motivo: []
Município/UF: [] Descrição do: []

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 09:29:24
NÚMERO DE CONTROLE: 486.0144-2-43786



 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	OCORRÊNCIA:	83232516
	Comunicação:	C1749173
	* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

[illegible]

“Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja ‘ENCERRADA’.”



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA Departamento de Polícia Rodoviária Federal Sistema de Informações Operacionais BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO		83232516 C-1748173 Encerrada	
* STATUS DA OCORRÊNCIA *			
CONDUZIR ENVOLEVIDO			
Veículo: VZU - ITATYCA PRETA SEM PLACAS			
Nome/Apelido: JOHNY CLAUDE DE LIMA			
Data de Nascimento: / / Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro			
Nome do Pai: IVANILDO HORACIO DE LIMA			
Nome da Mãe: MARIA JOSÉ MACLO DE LIMA			
Endereço: RUA TIJUCA N.º 15			
Município/UF: PAULISTANA			
Telefones: (11) 38383838			
Naturalidade: PAULISTANA Nacionalidade: BRASILEIRO			
CPF: 175.654.134-16 Documento de Identificação: 135863378			
Origem: PAULISTANA Terceiros Envolvidos: /			
Estado Físico: Terceiros Envolvidos: /			
Existe Declaração em Anexo? Não			
Transcrição da Declaração: /			
Conduzidor e Habilitado? Não			
Validade CNH: / Categoria CNH: Registro CNH: /			
Pertencentes: /			
Informações Complementares: Emprego: /			
ENCARTEAMENTO DO CONDUZIR: /			
Tipo de Receptor: /			
Documento do Responsável: /			
Município/UF: /			
Descrição do: /			
Motivo: /			
Data/Hora da Recepção: /			
Hora de Origem: /			

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: NÚMERO DE CONTROLE: 27-08/2014 09:29:24	
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 27-08/2014 09:29:24	
NÚMERO DE CONTROLE: 40001764-741756	
17 DEZ 2014	
Página 4 de 5	

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA" *



Num. 64361003 - Pág. 21

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.cert.br>
 DATAHORA DA EXPEDIÇÃO: 21/08/2014 08:25:24
 NÚMERO DE CONTROLE: 4b6c7fe4-47a1746
 17 021 704
 Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA".
 20/08/2015



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V2

Placa:

Nome do Agente/Assinatura: ROBISON TENDRIO MENDES

Nº BOAT: 83232516

Registro/Matrícula do Agente: 1038843

Data: 02/08/2014 15:00

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA				
1	Guidão, suas frações e comandos nele instalados	2	X						
2	Sela de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (freâneas, manequetes, cabos, acessórios, pinças, tambores, discos, etc)	2	X						
3	Amortecedores (tras - inclusive fração do chassi)	2	X						
4	Motor e suas frações	2	X						
5	Eixo do garfo traseiro	2	X						
6	Roda traseira (rio, cubo, raios, flange, coroa, etc.)	2	X						
7	Eixo da roda dianteira/traseira	2	X						
8	Sela do freio traseiro hidráulico ou mecânico (frações, manequetes, pinças, tambores, discos, pedal, etc)	2	X						
9	Federa de apoio do condutor e passageiro	1	X						
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver)	1	X						
11	Alça traseira	1	X						
12	Assento (fração e firmeza)	2	X						
13	Parque de estacionamento (tanque de tanque e mangueiras)	2	X						
14	Roda dianteira: (rio, cubo, raios, flange, etc.)	2	X						
Detecção - Componentes Estruturais									
A	Coluna de direção e mesa sup./inf. (folha anormal, danos)	3	X						
B	Amortecedores dianteiros	3	X						
C	Chassi (componentes, reforçamentos, manequetes, etc.)	3	X						
D	Garfo traseiro (deformações, desgastamentos, rompimentos, etc.)	3	X						
CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO									
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo									
☒	Dano de Pequeno Monto - até 10 pontos, incluindo os pontos de danos de nível secundário nas colunas "DMP" e "NA" - danos que não afetam a estrutura nem comprometem a segurança								
☐	Dano de Médio Monto - de 11 a 20 pontos, incluindo os pontos de danos de nível secundário nas colunas "DMP" e "NA" - danos que comprometem a estrutura e a segurança, mas não afetam a integridade do veículo								
☐	Dano de Grande Monto - acima de 20 pontos, incluindo os pontos de danos de nível secundário nas colunas "DMP" e "NA" - danos que comprometem a estrutura e a segurança, afetando a integridade do veículo								
Observações:									
Quando o componente estiver danificado, assinalar "X" na coluna SIM. Quando o componente não estiver danificado, assinalar "X" na coluna NÃO. Caso não saiba classificar o dano, assinalar "X" na coluna NA. Não assinalar "X" em nenhuma das colunas se não houver dano. NA é o item que não se aplica ao dano (Não Avaliado).									



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

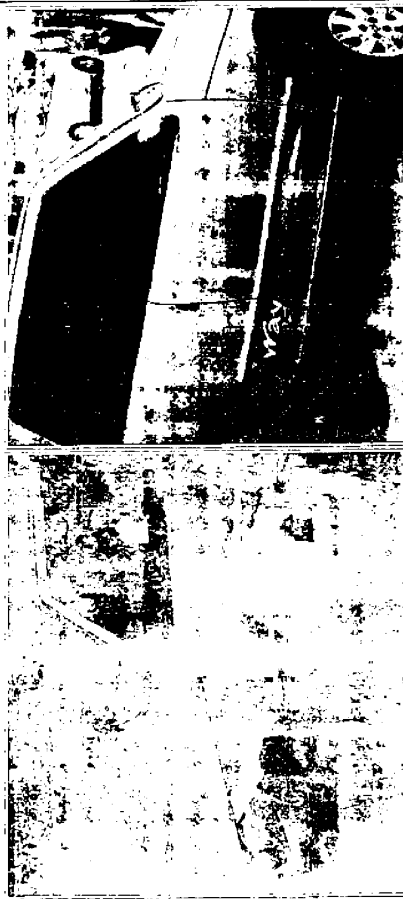
OCORRÊNCIA:	83232516
Comunicação:	C1748173
STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo:	V1 / FIAT UNO MILLE WAY ECON	Placa:	KLH-9294
Nome do Agente/Assinatura:	ROBISON TENORIO MENDES	N° BOAT:	832737516
Registro/Matrícula do Agente:	1036843	Data:	02/08/2014 15:00



Transell



Lateral Drieta

TESTICULAR

OFFICIALS OF CUT - T C . I A INTERNET . IE I MEW COT BOY BT

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

NUMERO DE CONTROL:

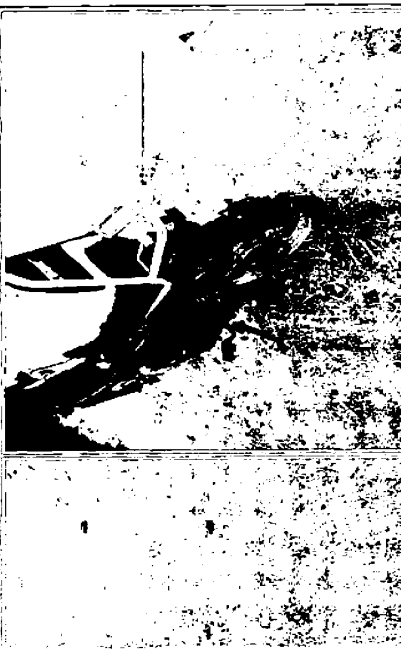
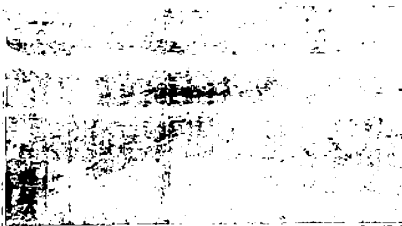
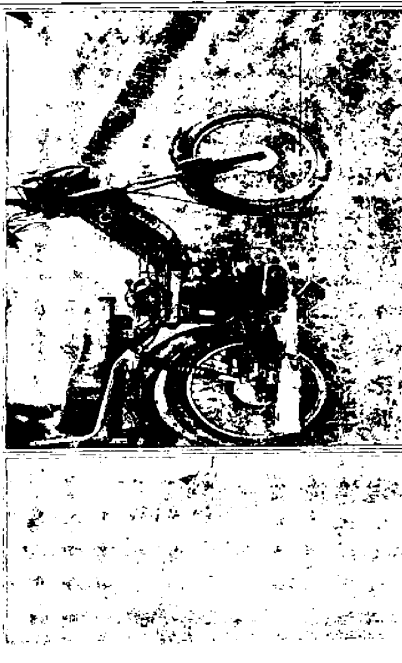
Semante por fuet vilor los: as eoa d' m que osted sig: "FICERADA"

Page 7 of 8





 MINISTÉRIO Departamento de Sistema e Inform BOLETIM DE ACI	A JUSTIÇA Via Rodoviária Federal es Operacionais TE DE TRANSITO	OCORRÊNCIA: Comunicação: 83232516 C1748173 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada
--	--	--

RELATÓRIO DE AV	
Veículo: V2	Placa:
Nome do Agente/Assinatura: F	Nº BOAT: 83232516
Registro/Matrícula do Agente:	Data: 07/08/2014 15:00
	
	
Traseira	Lateral Direita

VERIFICAÇÃO: AUT. 15/11/14	SISTEMA: 1115 / 11/11/2014 15:00
DATA/HORA DA FOTOGRAFIA: 08/08/2014 15:00	NUMERO DE COPIAS: 01/08/2014 15:00
* Somente possuir 1x/1. Se for 3x/1, em que o status da "ENCERRADA"	



Integradora Líder - DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do Beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU. JOHNNY CLAUDE DE LIMON

PORTADOR(A) DO RG N° 35686.357.8

PORTADOR(A) DO RG Nº	35686-351-8	EXPEDIDO POR	SSP. PC	EM	31/08/2011
CPF	00000000000	CM/	00000000000	PROFISSÃO	-
QUANTIDADE DE BENEFICÍCIOS DO VALOR DE R\$	00000000000	QUANTIDADE DE BENEFICÍCIOS DO VALOR DE R\$	00000000000	QUANTIDADE DE BENEFICÍCIOS DO VALOR DE R\$	00000000000
RENTA MENSAL DE R\$	00000000000	RENTA MENSAL DE R\$	00000000000	RENTA MENSAL DE R\$	00000000000

O SEGURO DPVAT DA VITIMA CONVIVIA OLAVO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: – SALÁRIO, FUNCIONAL; INSS, BOLSÁ FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDENCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/última não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal.
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT.
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/última inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDAV Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também ~~não devem~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colando, encostando ou colando em outro suporte. Os dados bancários devem ser apresentados em cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

O(s) bancos BRADESCO, ITAU e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DpVAT para abertura de conta POUpanÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico www.dpvatseguradigitalanalgo.com.br

PARA CREDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)	Nº da CONTA (com dígito, se existir)
-------------	--	--------------------------------------

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
N° do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1581 N° da CONTA (com dígito, se existir) 29172-1
013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZACAO, DEACORDO COM AS INFORMACOES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZACAO.

Voluntária 05 de dezembro de 2014.

ATENÇÃO

O Suro DPVAT variante injetável de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que varia para cada legítimo beneficiário), obedecendo à legislação vigente para a data do acidente, e de R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesa médica hospitalar.

Para acompanhar o processo de indenização, acesse www.dpvatseguradoramto.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-00211204



AUTO-ATENDIMENTO - AG CARLOS GOMES
DATA: 17/12/2014 NORA: 12:15:07
TERMINAL: 03691038 CONTROL: 03631040002
CONTA DEBITADA: 1501.013.00039172-1
Saque JOSE CLAUDE DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:
NÚMERO DO ENVELOPE: 3692391353
NÚMERO DE CONTROLE: 351160456

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 8000-725 7474
www.caixa.gov.br



COMPRA E VENDA

Eu Maria Gleydiane Pereira da Silva RG. 200000203724 CPF. 836.175.153-04, Endereço: Trav. Lindolfo Collor nº 1, Paratibe, Paulista, CEP 53413-010. Fone: 3437-5447. Estou repassando para o Sr. Johny Claude de Lima. Rg. 35-686.357-8 uma motocicleta ST 50cc 2011.

Chassis: LCL1B 2U2E11U0053

Marca: I/LONGIN.

Modelo: ST 50CC 2011.

Ano Fab/ Mod: 2011/2011.

Motor: LC139FNB/A 135393.

Cor: Preta.

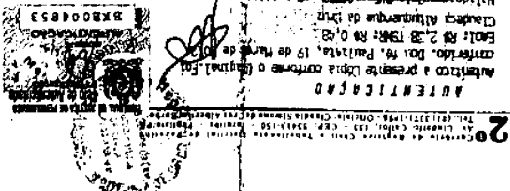
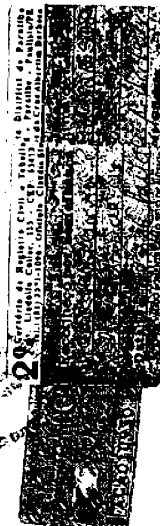
No valor de R\$ 2.400,00

Os mesmos se encontram de posse.

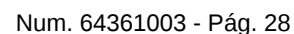
Comprador(a) *Johny Claude de Lima*
Testemunha 1 *Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*
Testemunha 2 *Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*

De quem acordo.

Paulista, 14 de MARÇO de 2012.



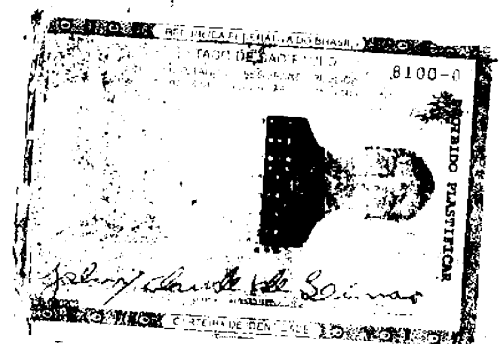
✓





35.686.357-8		DATA DE EMISSÃO: 31/AGO/2007
JOHNY CLAUDE DE LIMA		
IVANILDO HORACIO DE LIMA		
E MARIA JOSE MELO DE LIMA		
PAULISTA - PE		17/DEZ/1977
ABREU E LIMA - PE		
ABREU LIMA		
CN: LV.A042/FLS.0068/N.004768		
225654368/78		
O.C.A.L.L.		







FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaripe - Paulista - PE
CEP : 53.400 - 000

HOSPITAL
MIGUEL ARRARES



Cód. Aten
Usuário

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOHNY CLAUDE DE LIMA	Prontuário:	69367
Idade:	36a 7m 15d	Sexo:	M
Profissão:		Estado Civil:	SOLTEIRO
R.G.:		Escolaridade:	
Endereço:	IGNORADO	C.P.F.:	31.819.859
			CEP 53403319
			VILA TORRES GALVAO - PAULISTA - PE
Origem:	URGÊNCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação:	21/8/2014 21:17
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação:	JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	Leito:	VERD2-02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:	
Endereço:		Numero:	
Telefone:		Estado:	PE
		Cidade:	PAULISTA
			CEP 53403319
			FATURADO EM 18/08/14

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	25/08/14	Hora da Alta:	10:06
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Evasão		
Condições de Alta:	BOM, f.o. OK, BOM		
Diagnóstico Principal:	FEBRE - 10 dias - 10 dias - 10 dias		
Diagnóstico Secundário01:			
Diagnóstico Secundário02:			
Ocorrência:	Ocorrência + sinais		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento: 233817 Prontuário: 69367 SAME: 60254 Hora Atend: 15:22 Data Atend: 02/08/2014
Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 36 a
Endereço: IGORRADO
Bairro: VILA TORRES GALVAO
Cidade: PAULISTA UF: PE CEP: 53463319
Convênio: SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano: PLANO UNICO
Médico(a)/CRM: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CID Principal:
Resultado: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Hora Saída: 21:14 Data Saída: 02/08/2014

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



SPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

mo da Classificação de Risco - Protocolo HMA

02/08/2014 17:09



Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Cód. Paciente: 69367

Data de Nascimento: 17/12/1977

Sexo: Masculino

Idade: 36

Senha: 0022

Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA

Atendimento: 233817



02/08/2014 17:09 - MARIA APARECIDA AMORIM DO AMARAL - COREN: 205550 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

VERMELHO

VERMELHO

Queixa Principal: RNC E LESÃO EXTENSA EM MMII APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HÁ 20 MINUTOS.

Observação: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, GLAGOW 8, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO CEFÁLICA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - PALIDEZ CUTÂNEA E SUDORESE

Especialidade: - SSVV NORMAIS

Alergia(s): CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM

- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM

- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

Intervenções Salva

Vida:

Situações de Alto

Risco:

Acolhido(a) por: MARIA APARECIDA AMORIM DO AMARAL

Data: 02/08/2014 17:09

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



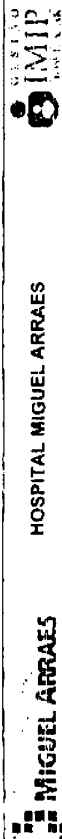
3/14 # Autopeça #

20h

laureado vítima de acidente automobilístico,
operação juntamente com documentação na
pela portaria com extensões para total e medel
de parte direta

CD. Aguardo carta de urgência qual para produ-
mento urgente

20h
20h
20h



Senha da Classificação:

0022

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Observação:

RESUMEN DE TRATAMIENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 15:40

Quarta Principal
Vista: N. 100.000 - Propriedade em 1/4 de hectare de área arborizada com 1000 metros de comprimento e 250 metros de largura. O terreno está cercado por um muro de 2 metros de altura. O terreno está situado no bairro de São João, na cidade de São Paulo, SP.

[illegible]

Hipoteses Diagnosticas

Inscrição Médica

- Antônio de Ivo T N: 80 em regime / doentes / 2^a Federal wing

- Antônio de Alva

- Roberto de Almeida / em al 17 anos

- C. Z. P. A. B.

- L. X. de J. P. D. P. P. P.

- Antônio de Carvalho

Dr. Danilo Vasconcelos
Mestre em Engenharia
FIM 18126

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Senha:

75-791

02/08/14 17.43 ACB#

Verste amblyopia FAST (Negative)

TC de crânio em plano axial, coronal, e sagital, com contraste intratecal, sem lesões detectáveis, com presença de calcificações, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação.

Deferido TC de crânio, com contraste intratecal, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação.

Dr. Danilo Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126

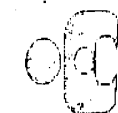
02/08/14 20.40 C.C.

Realizado Exat. de crânio em plano axial, coronal, e sagital, com contraste intratecal, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação, com lesões difusas e focais de calcificação.

Atividade 2 - Atendimento de emergência

Atividade 2

Dr. Danilo Vasconcelos
Médico Cirurgião
CRM 18126



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

PERNAMBUCO

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Nome Joanyclara de Lima Reg. 69367

1 - EM CASO DE INFECÇÃO À ADMISSÃO, INFORMAR:
Esteve internado no HMA antes do internamento atual? SIM () NÃO ()
Realizou cirurgia ou outro procedimento invasivo no HMA antes do internamento atual? SIM () NÃO ()
Qual cirurgia/procedimento realizado: _____

2 - CIRURGIAS REALIZADAS DURANTE INTERNAMENTO ATUAL: Não realizou ()
a) 25/08/2020 - SURTIUM Classificação: (L) (PC) (C) (I)
b) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)
c) _____ Classificação: (L) (PC) (C) (I)
* (L) limpa, (PC) potencialmente contaminada, (C) contaminada, (I) infectada

3 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Acesso Venoso Periférico (X) Acesso Venoso Central () Sondagem Vesical ()
Ventilação Mecânica () Traqueostomia () Não realizou procedimentos ()

4 - INFECÇÕES APÓS 72H DA ADMISSÃO, OU relacionadas à cirurgia (item 2) OU ao procedimento invasivo (item 3)
SIM () NÃO (X)

5 - ANTIMICROBIANOS USADOS:
Profilático (X) Terapêutico () Não utilizou ()

6 - Necessitou de alguma precaução (contato, respiratório)? SIM () NÃO (X)

7 - Data de saída: 05/08/14 Alta (X) Óbito ()
Óbito associado à infecção hospitalar? SIM () NÃO ()

8 - DIAGNÓSTICO DE ALTA: a) Dermatite por
b) _____
c) _____

9 - Observações: _____
Assinatura DR. FAENER ATHAYDE Data 05/08/14
CRM-PE 16.863
TEOT-12651
Carimbo



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 02/08/2014
Hora: 23:22

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 24117 Sala: 0002 SALA 02 Atendimento: 233824
Paciente: 69367 JOHNY CLAUDE DE LIMA Carreira:
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Idade: 36 Anos
Leito: 95 ORTO-507-LEITO 003
Dt. Início: 02/08/2014 23:00 Dt. Fim: 02/08/2014 23:21
Cid Pré-Operatório: S817 FERIMENTOS MULTÍPLAS DA PERNA
Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050667 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESAO AGUDA CAPSULO LIGAMENTAR MEMBRO INFERIOR (JOELHO / TORNOZELO)

Convênio: 001 SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO PROFUNDO EM FACE DORSAL DE PERNA ESQUERDA
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRURGICA + SUTURA
OPERADOR: DR. JEFFERSON CALUME

1º AUXILIAR: DR. MARIO SENA
2º AUXILIAR: DR. RODRIGO

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA:

ANESTESIA: RAQUE

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO: ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA: LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM: SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO: CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA

3. APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9%

5. EXPLORADOS FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA

6. SUTURA COM NYLON 2-0

7. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

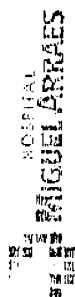
Descrição Complementar

FATURADO

EM 18/08/14

DR(A) JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Num. 64361003 - Pág. 39

Nome:	Serviço:	Setor:	Enfermagem:	Leito:	Reg.
3/3/14	Johny da Silva	34	Enfermagem	34	Reg. 1080
HD: <u>Exame físico: normal</u> <u>Exame físico: normal</u> <u>Exame físico: normal</u> Paciente clinicamente: <u>estável</u> (<u>estável</u>) <u>estável</u> Queixas: <u>Sem Queixas</u> (<u>Sem Queixas</u>) <u>Sem Queixas</u> Interferências nas últimas 24h: <u>Não</u> (<u>Não</u>) <u>Não</u> Estado Geral: <u>Bom</u> (<u>Bom</u>) <u>Bom</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u>					
04/03/14	Johny da Silva	34	Enfermagem	34	Reg. 1080
HD: <u>Exame físico: normal</u> <u>Exame físico: normal</u> <u>Exame físico: normal</u> Paciente clinicamente: <u>estável</u> (<u>estável</u>) <u>estável</u> Queixas: <u>Sem Queixas</u> (<u>Sem Queixas</u>) <u>Sem Queixas</u> Interferências nas últimas 24h: <u>Não</u> (<u>Não</u>) <u>Não</u> Estado Geral: <u>Bom</u> (<u>Bom</u>) <u>Bom</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u> Exame Físico: <u>Normal</u> (<u>Normal</u>) <u>Normal</u>					

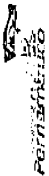
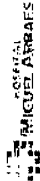
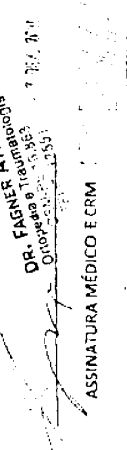


oito

Enfermaria:

14306
Cano Kattman
Chapuisa

Num. 64361003 - Pág. 40

  		RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO
NOME:	<u>Yves de Mello</u>	REGISTRO <u>64367</u>
IDADE:	<u>30</u>	SEXO: <u>M</u> DATA DA ADMISSÃO <u>08/07/2020</u> DATA DA ALTA <u>08/07/2020</u>
DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS:	<u>Infecção urinária</u>	
TRATAMENTO REALIZADO:	<u>Amoxiclavina 625mg/125mg</u>	
ORIENTAÇÕES:	<u>Retorno ao Urologista</u>	
PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:	AMBULATORIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐	
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL	<u>08/07/2020</u>	
ASSINATURA MÉDICO E CRM  DR. FAGNER ATHAIDE CRM 15623 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



Atendimento: 233824

Di Atendimento: 02/08/2014 21:11

Di Alta: 05/08/2014 14:55

Paciente: 69387 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 95 ORTO-507-LEITO 003 Plano: 1 GERAL

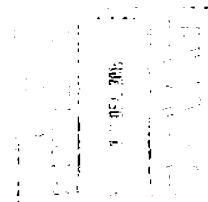
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANACS1

CID: S817 FERIMENTOS MULTIPLOS DA PERNA

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANA CAROLINE DA SILVA



Esta conta foi paga com: recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR

64361003



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JERRY DAUPE DE LIMA,
RG nº 35.686.357-7, data de expedição 23/02/07, Orgão SSP PE
CPF nº 2225.654.358-78, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
nome de terceiro

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. CARNEVAL SOARES MANGUNHAS</u>
Número	<u>1057</u>
Apto / Complemento	<u>NOVO</u>
Bairro	<u>BAIRRO NOVO</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53030-070</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8513-3840 8526-6426</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 13-02-2015

Assinatura do Declarante: Jerry daupe de Lima



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140138069

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do acidente: 02/08/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTENSO NA PERNA PROXIMAL DIREITA- ABRANGENDO A REGIAO POSTERIOR E INTERNA.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA DISCRETO DA PERNA DIREITA E FLEXAO DO JOELHO ATE 90 GRAUS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO
ESTA DE ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52258890

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Número: **0009797-65.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOHNY CLAUDE DE LIMA (AUTOR)		JOSE PAULO BARBOSA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64361006	08/07/2020 14:04	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO)E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

@8 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00





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, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 14832161

Pag. 00849/00850 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01433/01434 - carta_02 - INVALIDEZ

00070717



Carta nº 14964113





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001581**

Conta: **0000039172-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHMY CLAUDE 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: JOHMY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 819833259980

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: 1581 CONTA: 39.172 4

AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vínascos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

JOHMY CLAUDE DE LIMA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190555467
Nome do(a) Examinado(a): Johny Claude de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Solmar, 1064 Casa 01
Janga Paulista PE CEP: 53435-340
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10000683
Data local do acidente: [15/06/2019]
Data local do exame: [22/10/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124001135

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/8/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS
LEITE, 01** - Bairro: **PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMIDADES DA PADARIA KARLA SENTIDO
JANGA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (AUTOR / AGENTE)
JOHNY CLAUDE DE LIMA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOHNY CLAUDE DE LIMA

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

JOHNY CLAUDE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSÉ MELO DE LIMA Pai: IVANILDO INÁCIO DE LIMA Data de Nascimento: 17/12/1977
Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 22565435878 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SOLDADOR Telefones:
Celulares: - 957302040

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): IML PARA EXAME DE CORPO DELITO
Endereço Residencial: RUA SOLMAR, 1064, CASA 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO MERCADO PÚBLICO DO CONJ. BEIRA
MAR

CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DO
VEÍCULO AUTOMÓVEL, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO
AUTOMÓVEL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFQ9462** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO E COR NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

VEÍCULO MOTONETA SHINERAY (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCM3133** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO TRANSITAVA COM SEU VEÍCULO MOTONETA SHINERAY NA AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, SENTIDO PAU AMARELO/JANGA, NAS IMEDIAÇÕES DA PADARIA KARLA, FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL, O QUAL LOGO EM SEGUIDA AO ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE. RESSALTA A VÍTIMA QUE PENSANDO NÃO HAVER GRAVIDADE NO FERIMENTO DO ACIDENTE, FOI PARA SUA RESIDÊNCIA. ADIANTA AINDA QUE 02(DOIS) DIAS APÓS O ACIDENTE, A VÍTIMA SE DIRIGIU PARA A UPA DE OLINDA NA PE-15 CIDADE TABAJARA- OLINDA, COM DORES E INCHASSO NA PERNA DIREITA, ONDE FOI CONSTATADO UMA FRATURA NO TORNOMELO, SENDO A VÍTIMA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, SENDO COLOCADA UMA TALA, E RECOMENDADA A VOLTA COM 02 (DOIS) MESES. A VÍTIMA APRESENTOU NO MOMENTO DO REGISTRO DO BOE, UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO:432355, DATADA DE 17/06/2019 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

Johnny Claude de Lima
JOHNY CLAUDE DE LIMA
(VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHMY CLAUDE 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: JOHMY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 819833259980

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: 1581 CONTA: 39.172 4

AGÊNCIA: CONTA:

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vínascos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

JOHMY CLAUDE DE LIMA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42



A 24 HORAS - OLINDA

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

odo: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01

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

idade: URGENCIA - AMARELO

AMARELO

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

ervação: NGA ALERGIA

ograma sintoma: TRAUMA

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

cialidade: CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

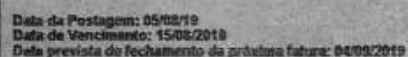
Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





CTC RECIFE PE PL2
IVANILDO HORACIO DE LIMA
RUA SOLMAR 1064 CASA 01
JANGA
53435-340 PAULISTA PE



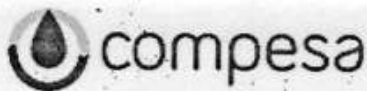
72 09036539 48954 00000435685 3 0 050819

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190444120399

Escritório: MARANGUAPE I

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

AMARO RODRIGUES DE ARAUJO

R SESENTA, N. 00136 - MARANGUAPE I PAULISTA PE 53441-180

INSCRIÇÃO: 274.205.775.0143.000

GRUPO: 5

OPÇÃO DÉS. AUTOMÁTICO: 04412039.9

04412039.9

04/2019-0

RESIDENCIAL

ESGOTO PARA RESIDENCIAL

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	DATA LEIT. ÁGUA	DATA LEIT. ESGOTO	Tipo de Consumo
LIGADO	LIGADO			REAL / MIN FIXAD
CONSUMIDOR AL65563853		28/03/2019	27/04/2019	
ÁGUA LEIT. ANT.: 82 LEIT. ATUAL: 86 LEIT. FAT.: 86	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	CONSUMO: 4		VOLUME: 10 CONS MIN FIX

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO	PERÍODO	CONSUMO
03/2019	3/ 10	10
02/2019	1/ 10	10
01/2019	0/ 10	10
12/2018	7/ 10	10
11/2018	6/ 10	10
10/2018	7/ 10	10
MÉDIA	4/ 10	10

PARÂMETROS

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEN A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	56	56	56
COR APARENTE	56	56	56
CLORO RESIDUAL	56	56	56
COLIFORMES TOTAIS	56	56	56
E.Coli	56	56	56
OBSERVAÇÕES:	(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	41,30
ESGOTO		
RESIDENCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	41,30
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA		1,00
04/2019		

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

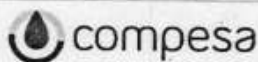
VENCIMENTO: 08/05/2019

TOTAL A PAGAR: 83,60

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 86,76. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA- TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 15/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810185
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

04412039.9

04/2019-0

VENCIMENTO: 08/05/2019

TOTAL A PAGAR: 83,60

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000000-6 83600018274-7 04412039901-8 04201900003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS DE ARAÚJO
inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980 934 / 32 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
JOHUY ELAIDE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 255654358 / 18
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima JOHUY ELAIDE DE LIMA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 225654358 / 18 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA GO</u>	Número: <u>136</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MARAGUAPÉ II</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53441 180</u>	Tel./DDD: <u>(81) 9832599-86</u>

Local e Data: Paulista 17.09.19

X [Assinatura]
Assinatura do Declarante

pro curador
Assinar

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

DLRL001 V001/2017



Endereço: 1481226

Senha da Classificação:

0064

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

Paciente: 513743 JOHNNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA PALMEIRINHA

C03

54

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53435060

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

PE vítima de queda no x com lesões
no corpo com o corpo e no (1)

Exame Físico

ALTERADO

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET 2019

Hipótese Diagnóstico

Fratura da

SEGURO DE

030106010-0

Conduta Terapêutica

Exame físico alterado com lesões no corpo e no (1)

Prescrição Médica

- Dado Lince
- Dado Lince 100 mg
- Dado Lince 100 mg
- Dado Lince 100 mg
- Dado Lince 100 mg

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: 5706361

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedista
Carimbo Médico



1481226

IMOBILIZAÇÃO



IPA 24 HORAS - OLINDA

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

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

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

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

Urgência: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES
ME FACE, NEGA VÔMIO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Servação: ALERGIA: NG

Programa sintoma: T.C.E

Queixador(es): - CEFALÉIA MODERADA (4-7/10).

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:00

Forma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1481227

Senha da Classificação:

0070

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

Paciente: 513743 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA PALMEIRINHA

CEP: 00315-000

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

CEP: 00315-000

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Queixa de Aftas na boca
na parte de baixo da boca com
na parte de cima da boca*

Exame Físico

Nome do Médico: CLINICO

Procedimento

Suposição Diagnóstica

RESUMO DE TRA

Conduta Terapêutica

LX tópica

Prescrição Médica

acetoprofenol 100mg

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Assinatura:

Senha:

Carimbo Médico



1481227



24 HORAS - OLINDA

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01

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

Urgência: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Síntese Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES
EM FACE, NEGA VÔMITO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MÍD

Observação: NEGA ALERGIA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Localidade: CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5706361

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Pac: 819743 - JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 41
Sexo: M () F () Profissão: _____ MR: MARIA JOSE MELO DE LIMA
Endereço Residencial: _____ Fone: _____
Bairro: _____
Cidade: Paulista - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (X)
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro (X) Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S() N()
Motocicleta: Motociclista (X) Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: dor intensa no abdômen, náusea e vômito
Hipótese Diagnóstica: Ex. apendicite aguda (X)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/06/2019 10:22



Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Order

Período: 17/06/2019 11:22 - 17/06/2019 11:27

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 2 DIAS.
COM HD DE FX MALEOLO LATERAL TNZ DIREITO

Observação: NEGA HAS,DM E ALERGIAS
SENHA:5706361

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBADO

Alts

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO.DPVAT

FATURADO
por Joo Joo
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/06/2019 11:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

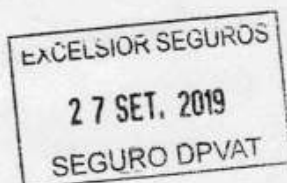


DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 482355 **Prontuário:** 69367 **SAME:** 60264 **Hora Atend:** 11:33 **Data Atend:** 17/06/2019
Paciente..... : JOHNY CLAUDE DE LIMA **Idade:** 41 a
Endereço..... : RUA SOLMAR
Bairro..... : JANGA
Cidade..... : PAULISTA **UF...:** PE **CEP:** 53435340
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA **Plano...:** PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 17/06/2019 **Hora Saída :** 14:00

Prestador da Evolução Médica: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

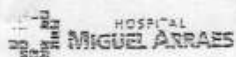
DIAGNOSTICO



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





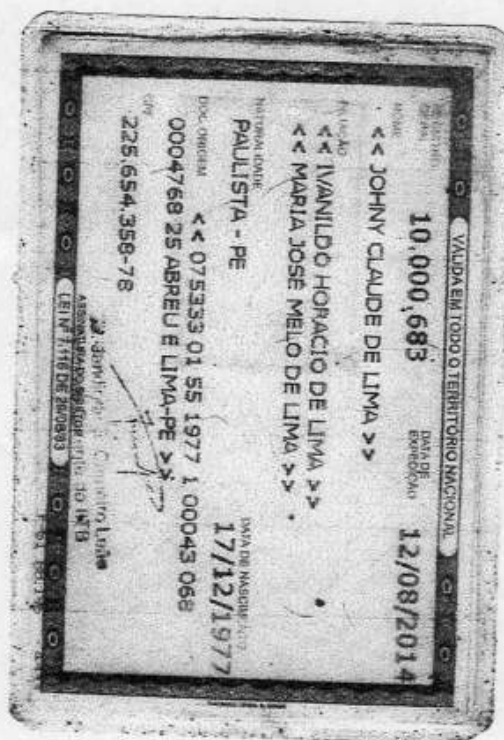
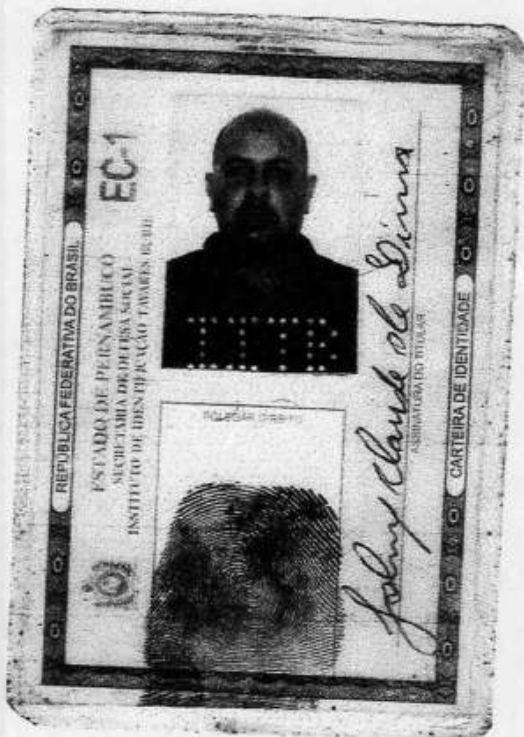
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonny Carlos V. Luis Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora: 07/07/19
Ant. Carlos V. Luis
V. TOMELO M.
Por Recusa o Tratamento
Continuar.

ACESSO SEGURO
27 SET. 2019
SEGURO PRIVAT

Por + Erosy Louc.
Re DEMONSTRAR FARMACIA
Com SUBSTITUIÇÃO DO TRATAMENTO
Com Desejo M. FARMACIA.
EXPRIMO O PROBLEMA M. CUIDADO
DA FARMACIA E A GRANDE NECESSIDADE
DO TRATAMENTO CLÍNICO POR
MORNO EXISTENCIAIS TUDO DE FARMACIA
EXPRIMO O MORNO RECUSO
INTERVENIENTE POR TRAT. CLÍNICO NO
URGENTE. IM BOTA.



EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5123670 SSP PE**

CPF: **051.980.934-32** DATA NASCIMENTO: **05/08/1983**

FILIAÇÃO: **AMARO RODRIGUES DE ARAUJO**
LUCIA MARIA DOS SANTOS

Nº REGISTRO: **02362851114**

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AE**

VALIDADE: **23/07/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **06/06/2002**

OBSERVAÇÕES: **KAR**

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jefferson Santos de Araujo*

LOCAL: **RECIFE, PE**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Chelton Andreus Loure Alencar*
Diretor Presidente

DATA EMISSÃO: **09/07/2018**

PERNAMBUCO

00039873354
PE071632651

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1677682555

PROIBIDO PLASTIFICAR
1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014357328477
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COD RENAVAM 1079642320 IN RC ***** EXERCICIO 2019

NOME JOHNY CLAUDE DE LIMA

PAULISTA - PE

225.654.358-78 PLACA PCM3133

***** CHASSI LXYPCEBLO6E0206699

***** COMBUSTIVEL GASOLINA

PA3 CICLOMOTOR

1/ SHINERAY XY 50 Q 2 MARCA/MODELO

2P/49CL CAP/DET/OIL

1 P IPVA 2019 QUITADO COTA UNICA

V V TAXA TRVA PARCELAMENTO/COTAS

A 1

PREMIO TARIFARIO R\$1 15.43

PREMIO TOTAL R\$1 19.65

DATA DE PAGAMENTO 29/01/19

SEM RESERVA

11/02/19 DATA

PAULISTA - PE

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRACAT/DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT



15

TELEPHONE (____) _____

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

OS DADOS BANCARIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGURO
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

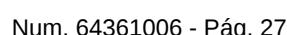
© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

SSINATURA _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: _____
Profissão: ELETRICISTA
Identidade: 10.000.683 808-PE CPF: 225.654.358-78
Endereço: RUA SOLOMAN, 1064, CASA OS JANGAS, PAULISTA-PE
Garantia: Invalidez Data do Acidente: 15/06/19

PROCURADOR:

Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Estudante
Identidade: 5123670 SDS-PE CPF: 051980934-32
Endereço: Rua 60, Nº 136, Maranguape 1, Paulista-PE.

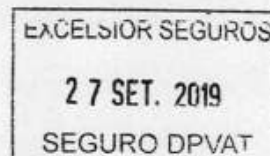
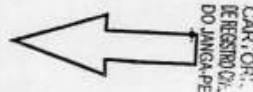
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Johny Claude de Lima

Paulista-PE 23-08-2019

Local e data

Johny Claude de Lima
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335479/19

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do acidente: 15/06/2019

CPF: 225.654.358-78

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO : 051.980.934-32

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOHNY CLAUDE DE LIMA : 225.654.358-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
CPF: 051.980.934-32

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42

