



Número: **0022594-73.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/05/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

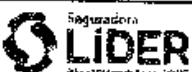
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES (AUTOR)	BRUNO LEONARDO NOVAES LIMA (ADVOGADO) MANOELA TRIGUEIRO CAROCA CAVALCANTI (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72063 740	04/12/2020 11:42	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

091.787.494-33 HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

6 - CPF:

091.787.494-33

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

R. JNE.

AV. EUNICE ARAGÃO NEVES

190

C 924

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

NECO ARAGÃO

51° CRUZ DO CAP.

PE 55190-382

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

91613907

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO 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) CONTA CORRENTE (somente bancos) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 05439

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, resguardando e dando, desde já e sem reservas após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização no Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizante, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Gênero da vítima:

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

28 - Vítima teve filhos?

 Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar:

30 - Vítima deixou pais/avós?

 Sim

31 - Vítima deixou filhos?

32 - Se tinha irmãos, informar:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Não

34 - Vítima deixou filhos:

35 - Vítima deixou irmãos?

 Sim Vivos

36 - Vítima deixou pais/avós:

37 - Vítima deixou filhos:

 Não Falecidos

38 - Vítima deixou irmãos?

39 - Vítima deixou pais/avós:

 Sim Mortos

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

 Não Desconhecido

42 - Assinatura da testemunha:

43 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

44 - Assinatura da testemunha:

45 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

46 - Assinatura da testemunha:

47 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

48 - Assinatura da testemunha:

49 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

50 - Assinatura da testemunha:

51 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

52 - Assinatura da testemunha:

53 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

54 - Assinatura da testemunha:

55 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

56 - Assinatura da testemunha:

57 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

58 - Assinatura da testemunha:

59 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

60 - Assinatura da testemunha:

61 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

62 - Assinatura da testemunha:

63 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

64 - Assinatura da testemunha:

65 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

66 - Assinatura da testemunha:

67 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

68 - Assinatura da testemunha:

69 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

70 - Assinatura da testemunha:

71 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

72 - Assinatura da testemunha:

73 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

74 - Assinatura da testemunha:

75 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

76 - Assinatura da testemunha:

77 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

78 - Assinatura da testemunha:

79 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

80 - Assinatura da testemunha:

81 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

82 - Assinatura da testemunha:

83 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

84 - Assinatura da testemunha:

85 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

86 - Assinatura da testemunha:

87 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

88 - Assinatura da testemunha:

89 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

90 - Assinatura da testemunha:

91 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

92 - Assinatura da testemunha:

93 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

94 - Assinatura da testemunha:

95 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

96 - Assinatura da testemunha:

97 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

98 - Assinatura da testemunha:

99 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

100 - Assinatura da testemunha:

101 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

102 - Assinatura da testemunha:

103 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

104 - Assinatura da testemunha:

105 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

106 - Assinatura da testemunha:

107 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

108 - Assinatura da testemunha:

109 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

110 - Assinatura da testemunha:

111 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

112 - Assinatura da testemunha:

113 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

114 - Assinatura da testemunha:

115 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

116 - Assinatura da testemunha:

117 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

118 - Assinatura da testemunha:

119 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

120 - Assinatura da testemunha:

121 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

122 - Assinatura da testemunha:

123 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido

124 - Assinatura da testemunha:

125 - Assinatura da testemunha:

 Não Morto

126 - Assinatura da testemunha:

127 - Assinatura da testemunha:

 Sim Desconhecido



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -  
DP128CIRC DINTER1/17ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0218000285

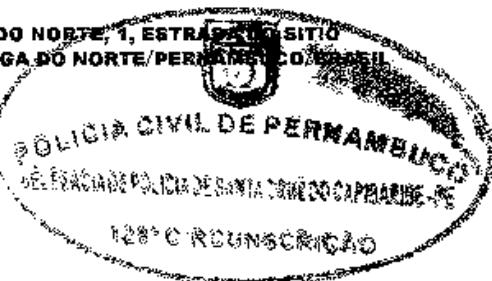
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2020 às 14:29**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/8/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, ESTRADA SITIO GÉRIMUM - ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )**  
**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**

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

**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA HELENA BARBOSA GUIMARÃES** Data de Nascimento: **18/2/1989** Naturalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8424435/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **- 94561563**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 190, AV EUNICE ARAGÃO NEVES - NEGO ARAGÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO(MOTO) (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MOM5805** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **988810469** Chassi: **9C2MD3400BR29226**  
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação



**A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTO E QUANDO ESTAVA NA ESTRADA DO SITIO GERIMUM ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MEDICO - HOSPITALAR.**

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

**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES  
(VITIMA)**

*Helenivaldo B. Guimarães*  
B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: 319785-8





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

091.787.494-33 HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

6 - CPF:

091.787.494-33

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

R. JNE.

AV. EUNICE ARAGÃO NEVES

190

0938

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

NECO ARAGÃO

512 CRUZ DO CAP.

PE

55190-382

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

91613907

### 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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (somente bancos) Bradesco (237) Banco do Brasil (001) Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0491

CONTA: 05439

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, resguardando e dando, desde já e sem reservas após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanentes, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas do autorizante, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

Gênero da vítima:

24 - Data de óbito da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Separado Falecido

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Sim Não Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos Se tinha avós, informar Vivos Falecidos País/avós vivos? Não Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos País/avós vivos? Não Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos Se tinha avós, informar Vivos Falecidos País/avós vivos? Não Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos País/avós vivos? Não Separado Falecido Separado Falecido

&lt;input type="

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 5



Tarifa Social de Energia Elétrica Circular nº 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL - FATURA - COTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética da Paraíba  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902  
CNPJ 19.835.892/0001-98 | Inscrição Estadual: 0005945-03 | www.celepe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
ACORDINA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

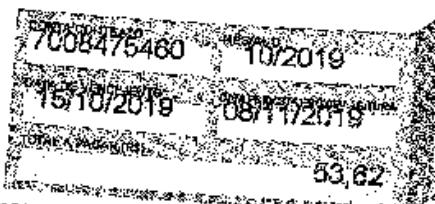
CPF 645 234 444-04

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
ROD. NOSENTO ALVES RODRIGUES

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
55192-306

075864121	UNICA	09/10/2018
09/10/2018	2011169068	342300



Consumo Ativo(kWh)  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Acréscimo Bandeira VERMELHA  
Condib. Ium. Pública Municipal/  
ICMS Subvenção-CDE-NF 072900654-09/08/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69.00000000	0,01069952	47,62
		0,90
		2,82
		2,07
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	PARÍSTE	CONSUMO (kWh)
3190297771		05/08/2018	352,30	09/10/2018	391,10	33	1.00000		59,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 6



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

### 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<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Finsancieras – 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 Adriana M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Helenivaldo B. Guimaraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.382.494-33, do sinistro de DPVAT cobertura imóveis da Vítima Helenivaldo B. Guimaraes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.382.494-33, 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 Lider-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.

Líderes	Rua Rosângela Alves da Rocha	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	5 <sup>o</sup> Cruz do Cap	PE	55192-305
Email	Teléfone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	9-91613907	9-97001998	

5<sup>o</sup> Cruz do Cap, PE, de 24/1/janeiro de 2020  
(Início Data)

Adriana M. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

001 0001 0001



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SANTA CRUZ**  
**DO CAPIBARIBE**  
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES nascido em 18/02/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 04/08/2019 por volta das 15h18min. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 07 de NOVEMBRO de 2019.

ATÉNCIOSAMENTE

*José Ademir Pereira*  
José Ademir Pereira  
Diretor  
Técnico de Enfermagem MAT. 514591  
JOSE ADEMIR PEREIRA MAT. 514591  
DIRETOR  
MAT. 069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)**



**UPA JOSÉ VIEIRA FILHO**

RODOVIA PE 160 KM 12, BAIRRO CURRAL PICADO, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE  
CNPJ: 11.196.515/0001-25 CNES: 7764480 FONE:(81)99982-5894 CEP:55190-000

**Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente**

Número do Atendimento: 0254293 04/08/2019 15:18:23 Código: 0025553  
Paciente: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARES SUS: 707800637552517  
Sexo: M D. Nasc.: 18/02/1989 Idade: 30 ANOS  
RG:  
Profissão: CORTADOR CPF:  
Filiação: Mãe: MARIA HELENA BARBOSA GUIMARES  
Pai: HELENO LUIZ GUIMARES  
Endereço: AV EUNICE ARAGAO NEVES 774  
Bairro: NECO ARAGAO Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
Estado: PERNAMBUCO CEP: Fone:  
Pessão Arterial: Pulso:  
Temperatura: Peso:

Histórico da Doença atual: Pct. traçado pelo SAMU des maneira  
errada el colas cervical vitima de qued  
de moto, c/ dor em axila esq (3) e pt (2)  
Nao tce. Ganglio b. pulmico esq.  
Exame Físico:

Diagnóstico Provisório: Trauma

Conduta:

- (1) Vt. Varelli (2) Rx Axila

HRA - 5741677

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

Carimbo e Assinatura do Médico:

Carimbo e Assinatura do Atendente:

*CÓPIA AUTORIZADA*





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CABIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Helenivaldo Barbosa Guimaraes

HRA Traumatologo 5741677

Pct vítima de queda de moto e dei seu pulmão  
e nege TCE. Radiografia evidenciando fratura em  
espina dural da T10/11

E

Solicito avaliação e  
conduta.

Data: 04/08/17

MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

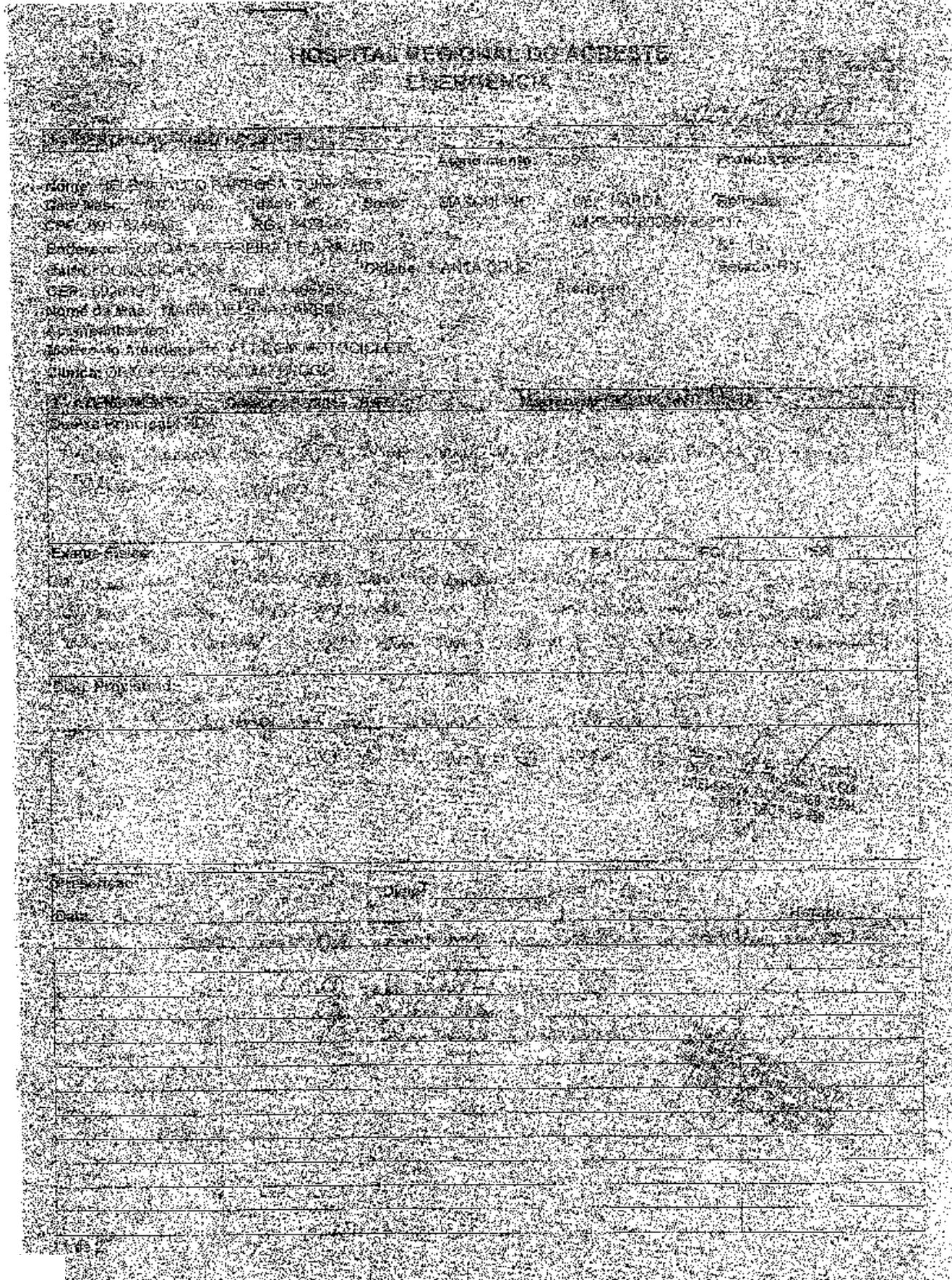
Medicamentos: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA





20/04/1974 - Rio de Janeiro, RJ  
Nome: Yves Cordeiro de Mello Junior  
Pais: Brasil - Rio de Janeiro  
Sexo: Masculino

NOME: Yves Cordeiro de Mello Junior

REG.: 124.650

DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1974

DIAGNÓSTICO: Lesões cutâneas com cicatrizes

MOTIVO DO RETORNO: Exame para cirurgia

TRATAMENTO: Cirurgia e Pincelagem

DATA DE RETORNO: 20/08/2013

MOTIVO DO RETORNO: Exame para cirurgia

DATA DE RETORNO: 01/09/2013

MOTIVO DO RETORNO: Exame para cirurgia



NOME: Hélio Valerio Bambu Corrêa

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura T12/V1 nervo ciático CID-10: S15.2C, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 01/08/2015. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operatária pectoral consta  
loma anterolateral clínica. PDA e-  
MSA, normais. Pós o pectoral com-  
pletado. Ptos para referir em Bezerros  
Bezerros, 05/11/2015 06/11/14.

ANEXA MEDICA

José Henrique Cordeiro  
Delegado de Polícia  
CPM 24.000





NOME: Yvelin valle Braga Gomes

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura Placa 8x10cm C6/7 CID-10: S12.2, foi

submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

03/08/2015 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós operatório paciente está com  
um enlace de ferro no  
peso, normal. Pode ser retirado  
imediatamente. Pode ser visto na foto.  
Bazerrão, 05/11/2015 06/11/15

Dra. Petrina





Nome: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES  
Idade: 30 anos.

**RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO**

**ANÁLISE:**

Fratura oblíqua em terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento, com fios metálicos de fixação.

Demais ossos de morfologia e textura normais.

Partes moles sem alterações.

Relações articulares conservadas.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Arthur José Ventura da Nóbrega".

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega

Médico Radiologista

CRM 17143 PE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 17

**RESPONSAZINHO DA SRA. BRASIL**  
que se tem que dizer

que o Dr. D. J. de Souza, que é o seu marido, é um homem

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,

que é deputado federal, que é deputado federal, que é deputado federal,



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038360/20

**Vítima:** HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

**CPF:** 091.787.494-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/08/2019

**Titular do CPF:** HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

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

**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES : 091.787.494-33**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 19

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: RG- 8424455 SDS/PE CPF:091.787.494-33
DATA DO ACIDENTE:05/08/2019
COBERTURA : INVALIDEZ
VÍTIMA: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES
ENDEREÇO: AV- EUNICE ARAGÃO NEVES , Nº 190, NECO ARAGÃO ,SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE

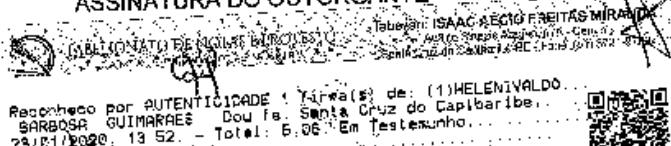
OUTORGADO

NOME: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.389 SSP/PE CPF : 945.234.444-04
ENDEREÇO: RUA:ROSEMIRO ALVES DA ROCHA , Nº 03, CENTRO – SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE).

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUI MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE (PE), 23DE JANEIRO DE 2020.

ASSINATURA DO OUTORGANTE



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038360/20

**Vítima:** HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

**CPF:** 091.787.494-33

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/08/2019

**Titular do CPF:** HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

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

**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES : 091.787.494-33**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/01/2020  
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120411421856000000070649155>  
Número do documento: 20120411421856000000070649155

Num. 72063740 - Pág. 21