



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="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF de vítima:

091.787.494-33

4 - Nome completo da vítima:

HELE NIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

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

5 - Nome completo:

HELE NIVALDO BARBOSA GUIMARÃES

6 - CPF:

091.787.494-33

7 - Profissão:

R. I.N.E.

8 - Endereço:

AV. EUNICE ARAGÃO NEVES

9 - Número:

190

10 - Complemento:

0158

11 - Bairro:

NECO ARAGÃO

12 - Cidade:

SÃO CRUZ DO CAP.

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55190-782

15 - E-mail:

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:

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\$1.000,00 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 (801)



Caixa Econômica Federal (104)



CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestação do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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



Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.134/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorciado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:



Sim



Não

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:



Sim



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou resíduo (se houver)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:



Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e providenciarem 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 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Sf - Cruz do Cap. PE 24/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):



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

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 - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **4/8/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, ESTRADA SÍTIO GERIMUM - 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 (VÍTIMA)

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** Nacionalidade: **BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8424435/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares: **94551583**

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** Nacionalidade: **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: **NONE8805** (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 SÍTIO GERIMUM ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEICULO VINDO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA UPA PARA PROCEDIMENTOS MÉDICO - HOSPITALAR.**

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

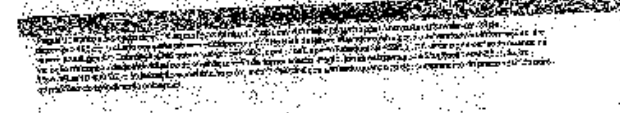
**HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES**  
**(VITIMA)**

*Helenivaldo B. Guimarães*

B.O. registrado por: **EULINALDO BEZERRA DE LIMA** - Matrícula: **319785-9**







**CELPE**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-002  
 CNPJ 19.935.932/0001-98 | Ins. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
 AURORA MARIA MOURA DE A FERNANDES

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 RUA ROSEMARY OLIVEIRA ROCHA

CPF 945 234 444-04

CENTRO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
 SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE  
 55192-305

**CLASSIFICAÇÃO**  
 01 RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

Última leitura: 07/08/2018  
 079864731  
 UNICA  
 08/10/2018  
 2011169088  
 3423002

7008475460  
 10/2019  
 15/10/2019  
 08/11/2019  
 53,62

Consumo Ativo (kWh)  
 Acréscimo Bandeira AMARELA  
 Acréscimo Bandeira VERMELHA  
 Contrib. Ilum. Pública Municipal  
 ICMS Subvenção-CDE-NF 072300654-03/08/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
69,0000000	0,01069952	47,62
		1,30
		2,82
		2,07
		0,80

TOTAL DA FATURA

53,62

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	JUSTE	CONSUMO (kWh)
318029771	CAT	05/08/2018	252,30	02/10/2019	311,08	52	1,0000		59,00

Composição do Consumo  
 Scanned by CamScanner





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 numero 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 seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguros.

<sup>2</sup> 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 Adriana M. M. de A. Fernandes, inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Helmeraldo B. Guimarães, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.787.494/33, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da vítima Helmeraldo B. Guimarães, inscrito (a) no CPF sob o Nº 091.787.494/33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

1. 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 Rosamaria Afonso da Rocha</u>	Número	<u>03</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>St. Cruz do Cap</u>	Estado	<u>PE</u>
E-mail			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
		<u>9-91613907</u>		<u>9-97001998</u>	

St. Cruz do Cap. PE de 24/ Janeiro de 2020  
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes  
Assinatura do Declarante

04/12/2020 11:42:18





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.

ATENCIOSAMENTE

  
**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT. 069043

**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
Diretor  
MAT. 514591

Rodovia PE 160, SN - Curral Picado - Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: upa24h@capibaribe.pb.gov.br





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) 99982-5994 CEP: 55190-000

Ficha de Atendimento - Entrada do Paciente

Número do Atendimento: 0254293 04/08/2019 15:18:23

Paciente: HELENIVALDO BARBOSA GUIMARES

Sexo: M

D. Nasc.: 18/02/1989

RG:

Profissão: CORTADOR

Filiação: Mãe: MARIA HELENA BARBOSA GUIMARES

Pai: HELENO LUIZ GUIMARES

Endereço: AV EUNICE ARAGAO NEVES 774

Bairro: NECO ARAGAO

Estado: PERNAMBUCO

CEP:

Código: 0025553

SUS: 707800637552517

Idade: 30 ANOS

CPF:

Cidade: SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

Fone:

Pressão Arterial:

Pulso:

Temperatura:

Peso:

Histórico da Doença atual:

Por trazido pelo samu em manobra  
sujeito el colar cervical ultima de queda  
de moto, qd por eu anamaco ① e p ②  
Neq TCE. Gloriam K. Capricoso eu  
Exame Fisico: AA

Diagnóstico Provisório:

Trauma

Condução:

① Voltarei ②

② Rx antebraço

Edna Tereza dos Santos  
ENFERMEIRA  
CREMIA

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 CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## RECEITUÁRIO

Nome: Helemivaldo Barbosa Guimarães

HRA Traumatologia 5741677

Pct vítima de queda de  
moto e dor em punho  
(e) Nege TCE. Radiografia  
evidenciando fratura em  
epífise distal de rádio

(e)  
Solicito avaliação e  
conduta

Data: 04/08/19

MÉDICO

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

Rg: \_\_\_\_\_

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

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

MÉDICO

CÓPIA AUTORIZADA



5500

[illegible][illegible]

*[The page contains faint, illegible markings.]*

Printed by	Date		
Date			

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



20/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10

19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10

19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10  
 19/08/19 em. 10



ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

NOME:	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR		
REG:	126650		
DATA DE NASCIMENTO:	18	02	1989
DATA DA CIRURGIA:	06	08	2015
DIAGNOSTICO:	Lesão no 1º dedo da mão direita		
TRATAMENTO:	Cirurgia e Prontidão		
MOTIVO DO RETORNO:	02	Eman. 1100	
DATA DO RETORNO:	20	08	2015





NOME: Helton Velloso Barbosa Lima

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de 2<sup>a</sup> falange distal do 5<sup>o</sup> dedo CID-10: S152L, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

03.08.2019 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Pós-operatório fratura com fixação com placa e parafusos. ADLs em uso. Não há dor. Não há edema. Não há hematoma. Não há infecção. Não há ferida aberta. Não há sinais de trombose. Não há sinais de embolia. Não há sinais de insuficiência renal. Não há sinais de insuficiência hepática. Não há sinais de insuficiência cardíaca. Não há sinais de insuficiência pulmonar. Não há sinais de insuficiência endócrina. Não há sinais de insuficiência neurológica. Não há sinais de insuficiência hematológica. Não há sinais de insuficiência imunológica. Não há sinais de insuficiência nutricional. Não há sinais de insuficiência psicológica. Não há sinais de insuficiência social. Não há sinais de insuficiência ambiental. Não há sinais de insuficiência cultural. Não há sinais de insuficiência espiritual. Não há sinais de insuficiência filosófica. Não há sinais de insuficiência política. Não há sinais de insuficiência econômica. Não há sinais de insuficiência tecnológica. Não há sinais de insuficiência científica. Não há sinais de insuficiência artística. Não há sinais de insuficiência literária. Não há sinais de insuficiência musical. Não há sinais de insuficiência teatral. Não há sinais de insuficiência cinematográfica. Não há sinais de insuficiência televisiva. Não há sinais de insuficiência midiática. Não há sinais de insuficiência jornalística. Não há sinais de insuficiência acadêmica. Não há sinais de insuficiência profissional. Não há sinais de insuficiência cidadã. Não há sinais de insuficiência humana. Não há sinais de insuficiência divina. Não há sinais de insuficiência eterna. Não há sinais de insuficiência eterna.

Bezerros, 05/11/2019. 06/11/19.

ALTA MÉDICA

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2020 11:42:18  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012041142185600000070649155>  
Número do documento: 2012041142185600000070649155





NOME: Ademilson de Souza Lima

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura distal do rádio CID-10: S12.25, foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

05/01/2019 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Po o exame físico, o paciente apresenta dor no antebraço, com edema e hematoma na região da fratura. A pele está intacta e sem alterações. O paciente não apresenta sinais de infecção ou de comprometimento neurológico ou vascular. O tratamento cirúrgico foi realizado com sucesso.

Bazerra, 05/01/2019. 06/01/2019

D. S. A. M. G. S.





**HUMANA**  
DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

**(81) 3731.8825 | 9 9900.8656**

[www.humanadiagnosticos.com.br](http://www.humanadiagnosticos.com.br)

Rua Maestro Alexandre, 117, Nova Santa Cruz  
CEP 55.194-321 | Santa Cruz do Capibaribe - PE

**Nome:** HELENIVALDO BARBOSA GUIMARAES  
**Idade:** 30 anos

**Data do exame:** 11/09/2019

**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.

*Arthur José Ventura da Nóbrega*  
Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega

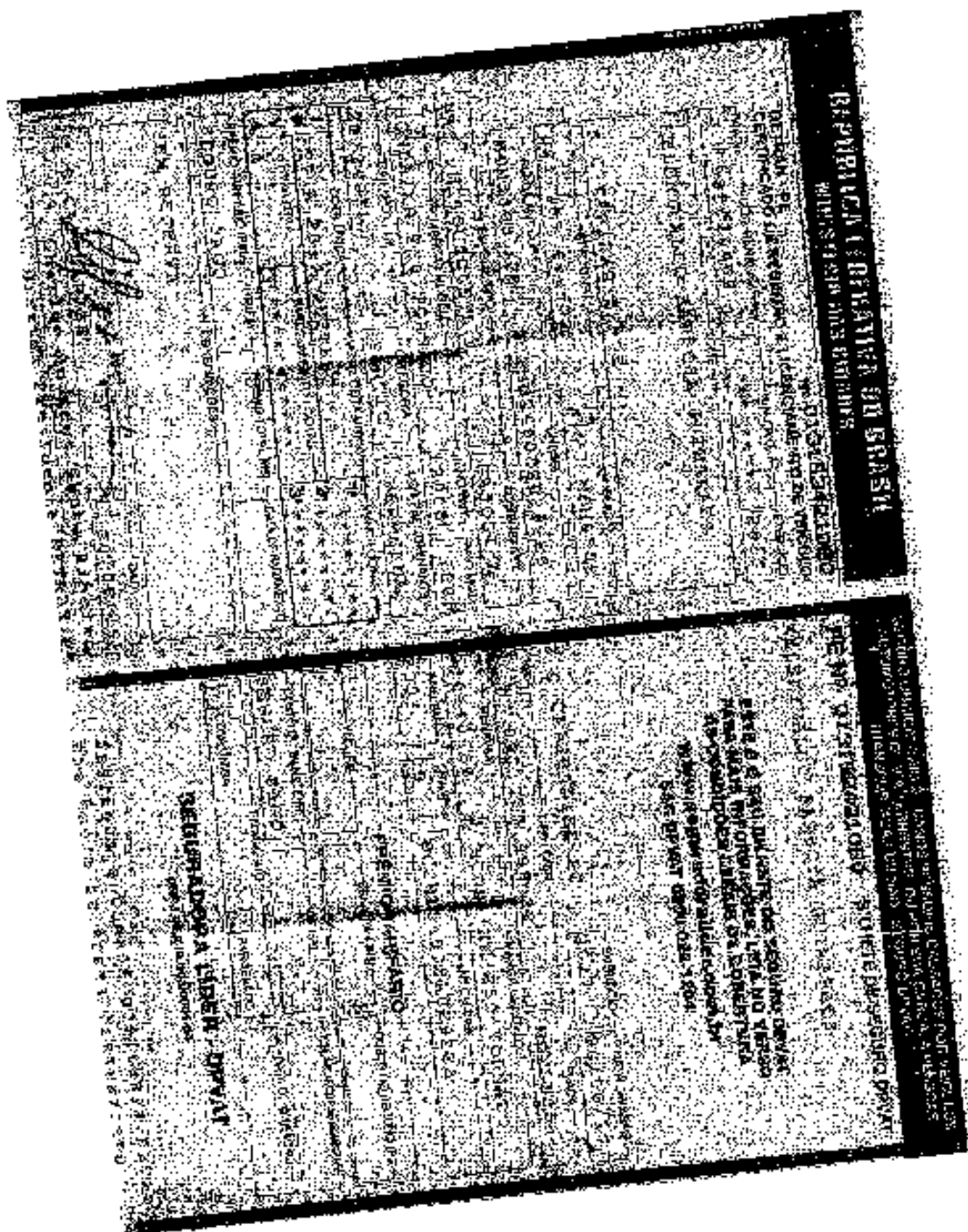
Médico Radiologista  
CRM 17143 PE











## 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



## 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 CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

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

x Helenivaldo B. Guimarães

ASSINATURA DO OUTORGANTE

Reconheço por AUTENTICIDADE (1) (se(s) de: (1) HELENIVALDO BARBOSA GUIMARÃES Dou fe. Santa Cruz do Capibaribe, 23/01/2020, 13 52. - Total: 5,00 Em Testemunho...



## 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

