



Número: **0066310-53.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 24ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA (AUTOR)	RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69577 006	15/10/2020 16:38	Petição Inicial	Petição Inicial
69577 008	15/10/2020 16:38	ALINE GONÇALVES DOS SANTOS	Documento de Comprovação
69577 009	15/10/2020 16:38	BOLETIM E DUT (2)	Documento de Comprovação
69598 940	16/10/2020 16:17	Despacho	Despacho
71674 960	26/11/2020 17:23	Intimação	Intimação

ALINE GONÇALVES SANTOS

Brasileira, divorciada, autônoma, inscrita no CPF sob o nº 066576964-42, com endereço na Rua Antonio Gonçalves de Lima, nº 657, Santa Tereza, Santa Cruz do Capibaribe – PE, Cep. 55195-000, vem, à presença de V. Exa., por sua advogada infra-assinada, com endereço profissional constante no instrumento procuratório, em anexo, com fulcro na Lei 8.441/92 que deu nova redação à Lei Federal 6.194/74, no artigo 319 e seguintes do Código de Processo Civil – Lei 13.105/2015 e nos demais dispositivos legais que regem a matéria, promover

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT

Contra **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, inscrita no CNPJ n. 33.054.826/0001-92, situada à Av. Marquês de Olinda, 175 – Santo Antonio – Recife - PE, CEP. 50030-000 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º Andar – Centro – Rio de Janeiro - RJ, CEP. 20031-205, com endereço eletrônico desconhecido, pelos motivos de fato e direito que narra a seguir:

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente, a parte autora afirma que não possui condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual faz em jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do artigo 4º da Lei 1060/50, com redação introduzida pela Lei 7510/86.

DOS FATOS

01. No dia 26 de maio de 2020, o autor foi vítima de acidente automobilístico, sofrendo lesões corporais onde, em atendimento médico fora constatado **UMA SÉRIE DE LESÕES GRAVES**, que resultou em **DEBILIDADE PERMANENTE**, conforme boletim de ocorrência e perícia médica, em anexos.

02. Sendo o autor, vítima de acidente automotor, atrai a aplicação da Lei 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoa transportada ou não); conforme art. 3, alínea “b” que dispõe:

“Art. 3º. Os danos pessoais coberto pelo seguro estabelecido no art. 2 compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que seguem, por pessoa vitimada:

(...)

b) até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)– no caso de invalidez permanente:

03. Há de ser ressaltado que foi requerido administrativamente a liberação da INTEGRALIDADE do valor da indenização do seguro DPVAT, **por invalidez PERMANENTE**, sendo pago o valor de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) até a presente data.

04. No caso em tela, o laudo médico atesta **DEBILIDADE PERMANENTE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO** e de acordo com a tabela instituída pela **Lei nº. 11945/2009**, o percentual a ser pago é de 70% (setenta por cento). Ora, se 70% (setenta por cento) de R\$ 13.500,00 (treze mil, e quinhentos reais) equivale a R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais),



caberia ao autor receber o valor de R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

DO DIREITO:

05. Outrossim, convém trazer a baila, demonstração da mais pacífica jurisprudência a respeito da pretensão em comento. Senão vejamos:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 7656/95 - Reg. 46-2 Cod. 95.001.07656 SEXTA CÂMARA - Unânime Juiz: RONALD VALLADARES - Julg: 12/12/95 INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. D.P.V.A.T. Ação de cobrança de indenização securitária (caso do DPVAT sob a disciplina do art. 7. da Lei n. 6194/74, com as alterações da Lei 8441/92) Seguro obrigatório e de interesse social. Requerente sucessor legítimo de vítima de acidente (queda de caminhão) ocorrido quando estava sendo transportada em veículo automotor em circulação. Caso de morte causada apenas por veículo não identificado. Dever legal da companhia seguradora, que opera no ramo do referido seguro obrigatório, de indenizar, considerado o disposto no art. 7., parags. 1. e 2., da Lei 6194. Requisitos e condições da ação comprados nos autos. Inexistência de inconstitucionalidade dos dispositivos legais instituidores da modalidade indenizatória do seguro.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO CÍVEL 6208/96 - Reg. 3628-3 Cod. 96.001.06208 TERCEIRA CÂMARA - Unânime Juiz: ANTÔNIO JOSÉ A. PINTO - Julg: 19/09/96 COBRANÇA. QUANTIAS INDENIZATORIAS. SEGURO DPVAT. Ação de cobrança de quantias indenizatorias a título de seguro obrigatório - DPVAT. Pedido indenizatório que se fez correto, de acordo com a Lei 6194/74, modificada pela Lei 8441/92. Responsabilidade da seguradora ora apelada, que, inclusive, não nega o dever de indenizar a autora, apenas, divergindo quanto ao valor cobrado. A existência do consórcio de empresas seguradoras tornou possível reclamar-se a indenização de qualquer uma das empresas conveniadas. Apelo da ré que se dá provimento para reformar a sentença de primeiro grau.

06. No que concerne ao posicionamento do **Superior Tribunal de Justiça**, há de ser posto o seguinte:

SÚMULA n. 229: O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão

SÚMULA n. 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização.

QUARTA TURMA. DPVAT. SALÁRIOS MÍNIMOS. Discute-se o valor da cobertura correspondente ao seguro obrigatório-DPVAT, em razão de atropelamento fatal que vitimou a esposa do autor. A Segunda Seção, por maioria, decidiu que a fixação da cobertura do DPVAT em salários mínimos não infringe a legislação, porquanto se cuida de mero critério indenizatório, de cunho legal e específico dessa natureza de cobertura, sem característica de indexação inflacionária. A jurisprudência inclinou-se em considerar como não representativo de quitação total o recibo dado em caráter geral, para afastar um direito que é assegurado por força de lei ao credor, caso do DPVAT (art. 3º, a, da Lei n. 6.194/1974). Precedentes citados: REsp 129.182-SP, DJ 30/3/1998; REsp 195.492-RJ, DJ 21/8/2000, e REsp 257.596-SP, DJ 16/10/2000. [REsp 296.675-SP](#), Rel. Min. Aldir Passarinho Junior, julgado em 20/8/2002.

07. Assim sendo, não resta outra alternativa ao autor, senão ingressar com a presente ação, afim de receber o valor correspondente ao complemento do seguro DPVAT, calculados com base no valor da data da efetiva liquidação.

DOS PEDIDOS:

Diante de todo o exposto, pede e requer se digne V.Exa. o seguinte:

- a) Autorizar os benefícios da **assistência judiciária gratuita**, consoante Lei Federal n. 1.060/50 por ser o Autor pessoa pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa;
- b) a citação do requerido por meio postal, nos termos do art. [246](#), inciso I, do [CPC/2015](#);
- c) A parte opta pela não designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do art. [319](#), VII, do [CPC/2015](#), porém requer de imediato a realização da perícia judicial considerando o acordo firmado entre o Tribunal de Justiça e a Ré, por meio do ofício 005/2015, que fixou em R\$ 200,00 (duzentos reais) os honorários de perito que deverão ser suportados pela parte demandada e depositados em juízo até 15 dias após a conclusão da perícia, requerendo, de logo, que seja nomeado perito, para audiência de perícia e conciliação;



d) **JULGAR PROCEDENTE** a presente demanda em todos os seus termos, com a condenação da Requerida ao pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, relativo ao **VALOR** da indenização, o que atualmente perfaz a quantia de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no Art. 3, alínea “b”, da Lei n 6.194/74;

e) Condenar a Ré a pagar **honorários advocatícios** no importe de 20% (vinte por cento) sob o valor da causa.

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos, especialmente pelos documentos que acompanham a Inicial.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Pede e espera deferimento.
Recife, 15 de outubro de 2020.

RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA
Advogada – OAB/PE 22.362



**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE- ALINE GONÇALVES SANTOS, brasileira, divorcida, alfabetizada, maior, autônomo, portador do CPF sob nº-066.576.964-42 e RG nº 7.100.038 SDS-PE, residente, Rua-ANTONIO GONÇALVES DE LIMA, Nº657, STª TEREZA / SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE -PE.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 – 99797.7634.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **ALINE GONÇALVES SANTOS**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

x Alina Gonçalves Santos SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 08/10/2020
ALINE GONÇALVES SANTOS



SINISTRO 3200305555 - Resultado consulta por beneficiário

VÍTIMA ALINE GONCALVES SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADO S/A
BENEFICIÁRIO ALINE GONCALVES SANTOS
CPF/CNPJ: 06657696442

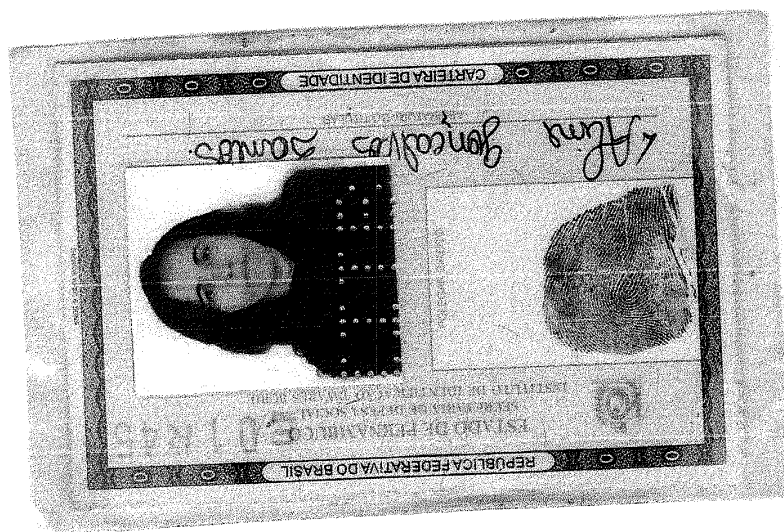
Posição em 04-09-2020 15:07:45

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo no site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/09/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

04/09/2020 15:07







Tarifa social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Sá, 111 - Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
CNPJ 10.933.852/0001-99 | Insc. Est. 50.029.043-11 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PALLO CORDEIRO DE ARLUDA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO GONCALVES DE LIMA 657

CPF: 055.468.724-00

STA TEREZA SANTA CRUZ DO CAPIBARIB
SANTA CRUZ DO CAPIBARIB - PE
55195-070

CLASSIFICAÇÃO
BT - RESIDENCIAL
BARRAGEM COM 125
MONOFASE

4002126287 07/2020

31/07/2020 24/08/2020

52,77

11/07/2020	UNICA	24/07/2020
31/07/2020	4002126287	5413041

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10585282	3,17
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18183145	12,71
Consumo TUSD superior a 100 até 220 kWh	31,0000000	0,27745010	8,44
Consumo TE até 30 kWh	30,0000000	0,06700538	2,08
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,10787538	7,54
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh	31,0000000	0,23071555	7,13
Contrib. Imp. Pública Municipal			5,45
Multa por atraso - Nº 000271378 - 20/12/18			0,71
Juros por atraso - Nº 000271378 - 20/12/18			1,78
Anuidade do IGP-M/INCC 12/13 - 25/12/18			0,68
Bônus IGP-M - Nº 7135 - 25/12/18			-1,80
TOTAL DA FATURA			52,77

Nº DO	Tipo da	Anterior	Atual	Nº DE	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
RECIBO DE	FATURA	DATA: 21/07/2020 LEITURA: 21 471,72	DATA: 24/07/2020 LEITURA: 24 062,30	DIAS	1,00000		131,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO							
Consumo de Energia	R\$	20,00	41,28%				
Transmissão	R\$	2,34	4,43%				
Distribuição (Celpe)	R\$	14,92	28,35%				
Perdas de Energia	R\$	4,78	9,07%				
Cargos e Taxas	R\$	0,82	1,55%				
Tributação	R\$	2,05	3,89%				
Total	R\$	45,48	86,22%				
Consumo TUSD até 30 kWh							
Consumo TUSD superior a 30 até 100 kWh			0,17340541				
Consumo TUSD superior a 100 até 220 kWh			0,23071555				
Consumo TE até 30 kWh			0,06700538				
Consumo TE superior a 30 até 100 kWh			0,10787538				
Consumo TE superior a 100 até 220 kWh			0,23071555				

RENATA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA
O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

ENQUAIXA CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ENQUAIXA CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

RENATA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA
O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

RENATA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA
O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em vigor até o prazo de validade informado no boleto. Caso não seja pago, a fatura será considerada em atraso e o cliente poderá sofrer a suspensão do fornecimento de energia elétrica.





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **ALINE GONÇALVES SANTOS**, CPF-066.576964-42, RG-71000038-SDS/PB que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID - 0116, REG- 26.257, no dia 26 de maio de 2020, às 09:h e 27min, PE 160 - Malaquias, com queixa de colisão de carro com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para Hospital Municipal Raimundo Francelino Aragão 24h.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista protocolo de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE ,30 DE JUNHO 2020

Maria Lenice C. da Silva
Coordenadora
Net. 01/20

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE - BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL RAIMUNDO FRANCELINO ARAGÃO
Av. Vinte e Nove de Dezembro, 767 - São Cristóvão
Santa Cruz do Capibaribe - PE - CEP: 55194-280
CNPJ: 11.196.515/0001-25 - Fone: 3705-1464


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). **ALINE GONÇALVES SANTOS**, nascido em 21/04/1983, esteve nesta unidade hospitalar no dia **26/05/2020**, por volta das **10h55M**, para atendimento médico de urgência, para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do (a) mesmo (a).

Santa Cruz do Capibaribe/PE, 25 de junho de 2020.


FLÁVIO DO NASCIMENTO SILVA
Diretor Administrativo - HMRFA

Flávio do Nascimento Silva
Diretor Administrativo - HMRFA
Mat 514834

Digitalizado com CamScanner



FICHA DO PACIENTE

SUS: Não Frouca Data: 26/05/20 Hora: 10:55

Nº do Prontuário: _____ RECEPTIONISTA: Rallymy

Nome: Aline Gonçalves Santos

Sexo: F ☒ M ☐ Nascimento: 21/04/83 Idade: 37 anos

Naturalidade: Campina Grande - PB Fone: () não tem

Endereço: Rua Antônio Gonçalves de Lima n: 657

Bairro: Rio Verde CEP: _____

Pai: Jose Valdemiro dos Santos

Mãe: Dominga Gonçalves dos Santos

PA: 100 FC: _____ FR: _____ SATO: _____ HGT: _____

Histórico do Paciente: Paciente trazida pelo Samu, após acidente de moto no dia 12/05 apresentando lesão no crânio e ferida com perda de tecido. Nega desmaios e vômitos. Apresenta também dor de cabeça em tempo de Nega TCC. Alérgica a

Exame Físico: Acorda, consciente e orientado, pupila
Reage a estímulos dolorosos; ECG IS

Hipótese Diagnóstica: _____

CÓPIA AUTORIZADA

Conduta: (1) Dipirona 0,5MP + AD (EV)
(2) Voltaren 0,5MP + AD (EV) (SUSPENSO)
(3) Dexamet 1 (SUSPENSO)
(4) SF 0,9% 500ml (EV) (SUSPENSO)
(5) Voltaren 0,5MP (EV)
(6) Transd 0,5MP + 100ml (FOR) (EV)
Sonda pedida às 12:35

Thiago Moura
MÉDICO
CRM/PA 12475

Marcos Vinícius da Silva
CRM/PA 1163687

Encaminhamento: _____

Condições de alta: _____

Digitalizado com CamScanner



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDOMIRO FERREIRA

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o
Sr.(a) Aline Gonçalves dos Santos

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 26/05/2020 a
29/05/2020

Registro Hospitalar: 358968

Diagnostico: Fratura de TNZ Direito + Ferimento em Joelho Direito.

Tratamento: Cirúrgico.

OBS: Vítima de Acidente de trânsito. CID: S82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

109.794.975/0269-271
FUSAM - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Caruaru - PE

Caruaru 29 de Maio 2020

Setor de Arquivo (SAME)

Avenida José Rodrigues de Jesus - Br 232 Km 130 S/N Bairro Indianópolis Caruaru-PE

CEP:55.024.000

CNPJ:10.572.048/0014-42 - Fone: 0**81-3719-9346.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Aline Gonçalves Santos

Prontuário: 558.468

Data: 26/05/2020

Hora: 15:28

DIAGNÓSTICO:

Fratura tibia distal + fratura peroneal distal
+ Espessura

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Ab. artroscopia em rodilha

TRATAMENTO REALIZADO:

Procedimento cirúrgico
AB + D'NH + curativo distal p/ com
no pós-operatório ordenar medicação
29, 15, 1000

Alta Hospitalar: Data: 29/05/2020 Hora: _____

14/07/20

6h

Dr. André Melo

Dr. Ricardo
Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Digitalizado com CamScanner



Paciente: 000001783 - ALINE GONCALVES SANTOS

Idade: 37 Anos 4 Meses 15 Dias

Atendimento: 00047335

Convênio: PARTICULAR

Plano: PARTICULAR ENFERMARIA

Leito: ALA LUCIANO LOBO-ENF 60.1

Sexo: FEMININO

Médico: RAILTON MARINHO DA COSTA

CRM: 3965

ORTOPEDIA E

Data: 04/09/2020 - 20:32

Setor doc:

Identificação

Cirurgia Principal: RATIRADA DE MATERIAL DE SINTESE

Aviso Cirurgico: 3229

Cirurgia 2º:

Data Atend.: 04/09/2020

Cirurgia 3º:

Diag. pré operatorio: 0408050217 - S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Diag pós operatorio:

Prestadores (Cirurgião/Anestesiata/ Auxiliares)

Cirurgião: RAILTON MARINHO DA COSTA

Anest.: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

1ª Auxiliar:

2ª Auxiliar:

3ª Auxiliar:

4ª Auxiliar:

Anestesia:

**Outras
Anestesias**

Descrição do Ato Cirurgico

PACIENTE SOB ANESTESIA
ASSEPSIA ANTISSEPSIA
COLOCAÇÃO DE CAMPOS
INCISÃO NO TORNOZELE
RETIRADA DE PARAFUSO
LIMPEZA
CURATIVO

Dr. Railton Marinho da Costa
CRM 3965-PB/43.159-75
RAILTON MARINHO DA COSTA - CRM:3965
Médico | CRM



LAUDO MÓDICO

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

ELETOENCEFALOGRAMA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTORRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENT

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ELETOCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

Declaro para os
devidos fins que,
AINE GONCALVES
SANTOS, SUSCRITO-SE
A TRATAMENTO CIRURGICO
DE FRATURA TORCICA,
FIXADO COM PARAFUSOS
HA' CERCA DE 90 DIAS,
E ENCONTRA-SE EM
ACOMPANHAMENTO
DE BULA TORCICA
CD . 582.6
582.5

Dr. Railton Mayinho da Costa
CRM 59657/PB/13.199-PE
PROF 11.288

06.09.20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



CEP: 55.000-000 - FONE: 81 3719-9362

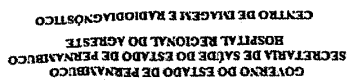


PERFIL

口元

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
CE 30940-00

Date: 03/02/09



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 15/10/2020 16:38:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101516381911700000068227645>
 Número do documento: 20101516381911700000068227645

Num. 69577008 - Pág. 12





[Assinatura]

INFORMAÇÕES GERAIS DO ACIDENTE

DATA 26/05/20	HORA 10 : 00	FASE DO DIA <input checked="" type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> NOITE	MUNICÍPIO SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	UF PE
TIPO DE ACIDENTE		SEVERIDADE DA VITIMA DO ACIDENTE	QUANTIDADE	QUANTIDADE DE VÍTIMAS
<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO LONGITUDINAL <input type="checkbox"/> ABALROAMENTO TRANSVERSAL <input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO		<input type="checkbox"/> FATAL <input checked="" type="checkbox"/> FERIDO <input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> 01 <input checked="" type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03	<input checked="" type="checkbox"/> 01 CONDUTORES FERIDOS <input type="checkbox"/> 02 CONDUTORES MORTOS <input checked="" type="checkbox"/> 01 PASSAGEIROS FERIDOS <input type="checkbox"/> 02 PASSAGEIROS MORTOS <input type="checkbox"/> PEDESTRES FERIDOS <input type="checkbox"/> PEDESTRES MORTOS
<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> ENGAVETAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE PEDESTRE <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO DE ANIMAL <input type="checkbox"/> OUTRO		QUANTIDADE DE VEÍCULOS ENVOLVIDOS		
		<input checked="" type="checkbox"/> 02 COM DANOS <input type="checkbox"/> SEM DANOS <input type="checkbox"/> EVADIDOS		
JURISDIÇÃO DA VIA	PERÍCIA TÉCNICA NO LOCAL	DANOS AO PATRIMÔNIO PÚBLICO/PARTICULAR		
<input type="checkbox"/> ESTADUAL <input checked="" type="checkbox"/> MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO ÁREA <input checked="" type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL			

LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE

ACIDENTE FORA DA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente na área demarcada)		IDENTIFICAÇÃO 78160			
		VIA 1001/160	Nº 02	KM 1,7	METROS
		REFERÊNCIA Em frente ao Avião Brasil			
		IDENTIFICAÇÃO			
		IDENTIFICAÇÃO			
ACIDENTE NA INTERSEÇÃO (Assinale com um X o local do acidente e complete o tipo de interseção)		IDENTIFICAÇÃO			
		VIA	Nº	KM	METROS
		REFERÊNCIA			
		IDENTIFICAÇÃO			
		VIA	Nº	KM	METROS
		REFERÊNCIA			

VIA - MEIO AMBIENTE

SUPERFÍCIE DA PISTA	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO SEMAFÓRICA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO VERTICAL
<input checked="" type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> MOLHADA <input type="checkbox"/> OLEOSA <input type="checkbox"/> INUNDADA <input type="checkbox"/> ENLAMEADA <input type="checkbox"/> OUTRA	<input checked="" type="checkbox"/> ASFALTO <input type="checkbox"/> CONCRETO <input type="checkbox"/> PARALELEPÍPEDO <input type="checkbox"/> CASCALHO <input type="checkbox"/> TERRA <input type="checkbox"/> OUTRO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTERMITENTE <input type="checkbox"/> COM DEFEITO <input type="checkbox"/> DESLIGADO <input type="checkbox"/> INEXISTENTE	<input checked="" type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> INEXISTENTE
CONDIÇÃO DO TEMPO		SITUAÇÃO DA PISTA	CONDIÇÃO DA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL
<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> CHUVA <input type="checkbox"/> NEBLINA <input type="checkbox"/> OUTRA		<input checked="" type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> DANIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/> BOA <input type="checkbox"/> RUIM <input type="checkbox"/> INEXISTENTE
			PISTA EM OBRAS
			<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
		VELOCIDADE MÁXIMA PERMITIDA (km/h)	

CROQUI

Posto BADU

PE 160 SENTIDO CARUARU

PE 160 SENTIDO JATAUBA

Moto táxi

Aviamento BRASIL

V1

V2

VISTO

[Assinatura]

SIMBOLÓGIA

- 1 AUTOMÓVEL
- 2 ÔNIBUS OU CAMINHÃO
- 3 VEÍCULO DE DUAS RODAS
- 4 VEÍCULO DE TRÊS RODAS
- 5 MARCHA À FRENTE
- 6 MARCHA À RE
- 7 ANTES DO ACIDENTE
- 8 LOCAL DO ACIDENTE
- 9 DEPOIS DO ACIDENTE
- 10 DERRAPAGEM
- 11 CAPOTAMENTO/TOMBAMENTO
- 12 PEDESTRE
- 13 ANIMAL
- 14 OBJETO FIXO

NARRATIVA DO AGENTE

Segundo informações de uma das partes envolvidas o V2 usou em alta velocidade e não conseguiu evitar a colisão traseira onde o V1 sinalizava para direita da via que foi prejudicada por um cerco parado no acostamento.

TESTEMUNHA Nº 01

NOME LUCAS 700515 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE () ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO) MUNICÍPIO UF

TESTEMUNHA Nº 02

NOME DOUGLAS 700517 IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

DATA DE NASCIMENTO / / SEXO ☐ M ☐ F TELEFONE () ENDEREÇO (RUA, Nº)

ENDEREÇO (BAIRRO) MUNICÍPIO UF

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA OCORRÊNCIA

NOME DO AGENTE Hamilton MATRÍCULA 700525

POSTO Agente VIATURA S-10 OCORRÊNCIA 053/2020 ASSINATURA *[Assinatura]*





[Assinatura]

VEÍCULO Nº 01												
NOME DO PROPRIETÁRIO Jose Angelo Ferreira Filho												
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) Rua das Gardêniás nº 72 - Zumbá												
MUNICÍPIO Equatunga do Norte		UF PE	MARCA Fiat									
TIPO DE VEÍCULO		MODELO Milks Ex	PLACA/UF KKA-8444									
<input checked="" type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> CAMIONETA <input type="checkbox"/> CAMINHONETE <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> MICROÔNIBUS <input type="checkbox"/> TRATOR <input type="checkbox"/> TRAÇÃO ANIMAL <input type="checkbox"/> CAMINHÃO <input type="checkbox"/> CARGA <input type="checkbox"/> OUTRO		INFRAÇÕES CONSTATADAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO AUTO DE INFRAÇÃO CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES)										
EXTENSÃO DA MARCA DE FREIAGEM (m)		ESTADO DOS PNEUS	MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOTADAS									
		<input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> RUIM	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> REMOÇÃO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA CNH <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA PPD <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CRV <input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CRLV <input type="checkbox"/> TRANSBORDO DA CARGA <input checked="" type="checkbox"/> NENHUMA									
DIAGRAMA DE AVARIAS		LEGENDA										
<table border="1"> <tr> <td>FE</td> <td>EC</td> <td>FD</td> </tr> <tr> <td>LE</td> <td></td> <td>LD</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td></td> <td>TD</td> </tr> </table>		FE	EC	FD	LE		LD	<input checked="" type="checkbox"/>		TD	FE - FRONTAL ESQUERDO EC - EIXO CENTRAL FD - FRONTAL DIREITO LE - LATERAL ESQUERDO LD - LATERAL DIREITO TE - TRASEIRO ESQUERDO TC - TRASEIRO CENTRAL TD - TRASEIRO DIREITO	
FE	EC	FD										
LE		LD										
<input checked="" type="checkbox"/>		TD										

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO CONDUTOR Washington Filipe Lopes da Silva			
DATA DE NASCIMENTO 24/10/1995	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF 9407.523-SDS-PE	TELEFONE (81) 99246-4768
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO) Rua das Gardêniás nº 72 - Zumbá			
MUNICÍPIO Equatunga do Norte		UF PE	
HABILITAÇÃO	Nº DE REGISTRO	VALIDADE DA CNH	CATEGORIA DA CNH
<input checked="" type="checkbox"/> CNH	06167931416	<input checked="" type="checkbox"/> EM DIA	<input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> ACC
<input type="checkbox"/> PERMISSÃO	1ª HABILITAÇÃO 04/09/2014	<input type="checkbox"/> VENCIDA	
<input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO	USAVA CINTO DE SEGURANÇA	USAVA CAPACETE	SITUAÇÃO DO CONDUTOR
<input type="checkbox"/> NÃO EXIGÍVEL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL
<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ATENDEU À VÍTIMA
<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH	<input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVADIU-SE
			<input type="checkbox"/> SOCORRIDO
			ESTADO DO CONDUTOR
			<input type="checkbox"/> MORTO
			<input type="checkbox"/> FERIDO
			<input checked="" type="checkbox"/> ILESO

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	TELEFONE
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)			
MUNICÍPIO		UF	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA	USAVA CAPACETE	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO	ESTADO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NA FRENTE	<input type="checkbox"/> MORTO
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA	<input type="checkbox"/> FERIDO
<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ILESO
		<input type="checkbox"/> ATRÁS	
		<input type="checkbox"/> EM PÉ	

PASSAGEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 01			
NOME DO PASSAGEIRO/PEDESTRE			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	TELEFONE
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		()
ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO)			
MUNICÍPIO		UF	
USAVA CINTO DE SEGURANÇA	USAVA CAPACETE	POSIÇÃO DO PASSAGEIRO NO VEÍCULO	ESTADO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NA FRENTE	<input type="checkbox"/> MORTO
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA	<input type="checkbox"/> FERIDO
<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> ILESO
		<input type="checkbox"/> ATRÁS	
		<input type="checkbox"/> EM PÉ	



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO

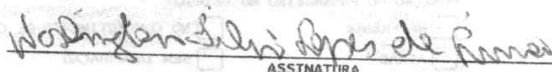
Lanterna Traseira esquerda.



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Diminua na falta da esquerda fizeti aguardando os carros pararem para ir para frente da direita, porém quando fui para a falta da esquerda não senti a parada dos carros não duraram eu estava com a seta ligada.

ASSINATURA DO CONDUTOR



ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº 011

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF

TESTEMUNHA Nº 012

NOME		IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF	
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TELEFONE ()	ENDEREÇO (RUA, Nº)
ENDEREÇO (BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF





VEÍCULO Nº 021

NOME DO PROPRIETÁRIO: **Felissinha Genta Oliveira**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Sítio Massaranduba nº 10, Cs - Zona Rural**

MUNICÍPIO: **São Bento do Una** UF: **PE** MARCA: **YAMAHA** MODELO: **XTZ 125K** PLACA/UF: **Kit-3889**

TIPO DE VEÍCULO:

<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> MICROÔNIBUS
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> TRATOR
<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA	<input type="checkbox"/> TRACÇÃO ANIMAL
<input type="checkbox"/> CAMIONETA	<input type="checkbox"/> CAMINHÃO
<input type="checkbox"/> CAMINHONETE	<input type="checkbox"/> CARGA
<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> OUTRO.....

EXTENSÃO DA MARCA DE FRENAGEM (m):

ESTADO DOS PNEUS:

<input type="checkbox"/> BOM	<input checked="" type="checkbox"/> RUIM
------------------------------	--

INFRAÇÕES CONSTATADAS:

☒ SIM ☐ NÃO

AUTO DE INFRAÇÃO: **53.864-8/53.866-0**

CÓDIGO(S) DA(S) INFRAÇÃO(ÕES): **50/100/65.912**

DIAGRAMA DE AVARIAS:

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>		LD
<input checked="" type="checkbox"/>	TC	TD

LEGENDA:

FE - FRONTAL ESQUERDO
EC - EIXO CENTRAL
FD - FRONTAL DIREITO
LE - LATERAL ESQUERDO
LD - LATERAL DIREITO
TE - TRASEIRO ESQUERDO
TC - TRASEIRO CENTRAL
TD - TRASEIRO DIREITO

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS ADOPTADAS:

<input type="checkbox"/> RETENÇÃO DO VEÍCULO
<input checked="" type="checkbox"/> REMOÇÃO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA CNH
<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DA PPD
<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CRV
<input type="checkbox"/> RECOLHIMENTO DO CRLV
<input type="checkbox"/> TRANSBORDO DA CARGA
<input type="checkbox"/> NENHUMA

CONDUTOR DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO CONDUTOR: **Eivaldo José da Silva**

DATA DE NASCIMENTO: **02/11/1985** SEXO: ☒ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7080202 - SDS - PE** TELEFONE: **(81) 99929-0885**

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Casanova Moura nº 420 - DA Penha**

MUNICÍPIO: **Recife** UF: **PE**

HABILITAÇÃO:

<input type="checkbox"/> CNH	Nº DE REGISTRO:	VALIDADE DA CNH:	CATEGORIA DA CNH:
<input type="checkbox"/> PERMISSÃO	1ª HABILITAÇÃO: / /	<input type="checkbox"/> EM DIA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO HABILITADO	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	<input type="checkbox"/> VENCIDA	
<input type="checkbox"/> NÃO EXIGÍVEL	<input type="checkbox"/> SIM	USAVA CAPACETE:	SITUAÇÃO DO CONDUTOR:
<input type="checkbox"/> ESTRANGEIRA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> PERMANECIU NO LOCAL
<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTOU CNH	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ATENDEU À VÍTIMA
		<input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> EVADIU-SE
			<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRIDO

ESTADO DO CONDUTOR:

<input type="checkbox"/> MORTO
<input checked="" type="checkbox"/> FERIDO
<input type="checkbox"/> ILESO

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 021

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE: **Aline Gonçalves Santos**

DATA DE NASCIMENTO: **21/04/1983** SEXO: ☐ M ☒ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF: **7.100.538** TELEFONE: ()

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO): **Rua Antônio Gonçalves de Lira - Rio Verde**

MUNICÍPIO: **Santa Cruz do Capibaribe** UF: **PE**

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

<input type="checkbox"/> SIM	USAVA CAPACETE:	POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO:	ESTADO DA VÍTIMA:
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NA FRENTE	<input type="checkbox"/> MORTO
<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ATRÁS	<input checked="" type="checkbox"/> FERIDO
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> EM PÉ	<input type="checkbox"/> ILESO
		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA	
		<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	

PASSEIRO / PEDESTRE VÍTIMA DO VEÍCULO Nº 1

NOME DO PASSEIRO/PEDESTRE:

DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: ☐ M ☐ F IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF:

TELEFONE: ()

ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO, BAIRRO):

MUNICÍPIO: UF:

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

<input type="checkbox"/> SIM	USAVA CAPACETE:	POSIÇÃO DO PASSEIRO NO VEÍCULO:	ESTADO DA VÍTIMA:
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NA FRENTE	<input type="checkbox"/> MORTO
<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> ATRÁS	<input type="checkbox"/> FERIDO
	<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	<input type="checkbox"/> EM PÉ	<input type="checkbox"/> ILESO
		<input type="checkbox"/> NO COMPARTIMENTO DE CARGA	
		<input type="checkbox"/> SEM INFORMAÇÃO	



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASSINATURA

TESTEMUNHA Nº

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF

TESTEMUNHA Nº

NOME

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

☐ M☐ F

TELEFONE

()

ENDEREÇO (RUA, Nº)

IDENTIDADE/ÓRGÃO/UF

ENDEREÇO (BAIRRO)

MUNICÍPIO

UF



Informações sobre o veículo

Placa: KIT-3889

Espécie/ Tipo: PAS / MOTOCICLETA

Marca/ Modelo: YAMAHA/XTZ 125K

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: AZUL

Chassi: 9C6KE094060003992

Combustível: GASOLINA

Ano fabricação/ Ano modelo: 2006

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00


Observações

RESTRIÇÕES

> AL. FID. YAMAHA ADM CONS LTDA

> NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA

 Consultar débitos

 Consulta de emissão de CRLV

14/08/2020 15:42





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

Seção B da 24ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:()

Processo nº **0066310-53.2020.8.17.2001**

AUTOR: ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS, SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

DESPACHO

Vistos etc.,

De início, defiro, em favor da autora, os benefícios da gratuidade da justiça, nos termos do art. 98, do CPC.

Atenta ao contido nos autos, constato que a suplicante manifestou desinteresse na realização de audiência prevista no art. 334 do CPC, além de feito que necessita de realização de prova pericial, razão pela qual, deixou de designá-la.

Citem-se as requeridas, através de Carta com Aviso de Recebimento – AR, para, prazo de 15 (quinze) dias, úteis (art. 219. CPC), a contar da data da juntada do aviso de recebimento aos autos –CPC, art. 231, I, querendo, contestarem aos termos da presente ação, sob pena de presumirem aceitos como verdadeiros os fatos articulados na exordial (art. 344, CPC).

Cumpra-se.

Recife-PE, 16 de outubro de 2020.

Dra. Maria do Rosário Monteiro Pimentel de Souza

Juíza de Direito





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário

DIRETORIA CÍVEL DO 1º GRAU

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA,
RECIFE - PE - CEP: 50080-800

Seção B da 24ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0066310-53.2020.8.17.2001

AUTOR: ALINE GONCALVES SANTOS DE LIMA

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS, SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Por ordem do(a) Exmo(a). Dr(a). Juiz(a) de Direito do Seção B da 24ª Vara Cível da Capital, fica(m) a(s) parte(s) intimada(s) do inteiro teor do Despacho de ID 69598940, conforme segue transcrito abaixo:

"DESPACHO Vistos etc., De início, defiro, em favor da autora, os benefícios da gratuidade da justiça, nos termos do art. 98, do CPC. Atenta ao contido nos autos, constato que a suplicante manifestou desinteresse na realização de audiência prevista no art. 334 do CPC, além de feito que necessita de realização de prova pericial, razão pela qual, deixou de designá-la. Citem-se as requeridas, através de Carta com Aviso de Recebimento – AR, para, prazo de 15 (quinze) dias, úteis (art. 219. CPC), a contar da data da juntada do aviso de recebimento aos autos –CPC, art. 231, I, querendo, contestarem aos termos da presente ação, sob pena de presumirem aceitos como verdadeiros os fatos articulados na exordial (art. 344, CPC). Cumpra-se. Recife-PE, 16 de outubro de 2020. Dra. Maria do Rosário Monteiro Pimentel de Souza Juíza de Direito"

RECIFE, 26 de novembro de 2020.

TACIANA MARTINS AMORIM BARBOSA BARROS

Diretoria Cível do 1º Grau

