



04/02/2020

Número: **0001191-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (AUTOR)		ADSON XAVIER ALVES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57369716	04/02/2020 11:15	2690547_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00011914820208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A., empresa seguradora com sede à Rua Sampaio Viana, 44 - Paraíso - São Paulo - SP - CEP: 04004-001, inscrita no CNPJ sob o número 33.164.021/0001-00 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/07/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 07/02/2018.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 07/02/2018 após 07 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 17/07/2017, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543606 **Cidade:** Glória do Goitá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS **Data do acidente:** 17/07/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA, FERIMENTO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, TCE LEVE.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM MOBILIDADE E FORÇA DO MEMBRO PRESERVADAS. APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO (CERCA DE 80 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LOCAL GRAVE, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA NO MOMENTO.

Resultados terapêuticos: FIXADOR EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM POSTERIOR COLOCAÇÃO DE PLACA. LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE. FEZ FISIOTERAPIA. COMPLICAÇÃO: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para



inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 17/07/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000003837-1

Nr. da Autenticação B1268FD365FE6ADE

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº



6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de fevereiro de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na 30225 - OAB/PE, os poderes que lhes foram conferidos por **TOKIO MARINE SEGURADORA S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00011914820208172001.

Rio de Janeiro, 3 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001191-48.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

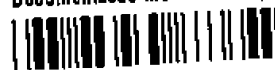
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (AUTOR)		ADSON XAVIER ALVES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57369719	04/02/2020 11:15	ANEXO 1	Outros (Documento)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Documentação médica - hospital



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUÁRIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM: Às	
	DATA DA ALTA: 07/08/2017 ÀS 15:59	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM BRAÇO ESQUERDO

CID: S821 + S417

Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA COM TUTOR INTERNO EXTRAMEDULAR

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 90 DIAS

~~Encaminhado para:~~

~~RETORNO AO CONSULTÓRIO DE DR. BERNARDO CHAVES EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)~~

Dr. José Vinícius G. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 07, AGOSTO ,2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Documentação médica - hospital



Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUÁRIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM:	ÀS
	DATA DA ALTA:	07/08/2017 ÀS 15:59

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM BRAÇO ESQUERDO

CID: S821 + S417

Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA COM TUTOR INTERNO EXTRAMEDULAR

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. BERNARDO CHAVES EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)

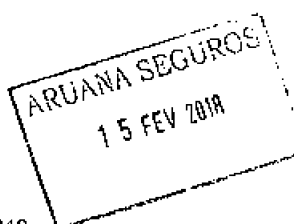
Dr. Jose Vinicius G. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25518

JOSE VINICIUS G. DOS SANTOS - CRM: Nº 25518

Recife, 07, AGOSTO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade de Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 12:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 12:05 H
HORA DA CONCLUSÃO: 12:10 H

QTC: 138210DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/02/2018 HORA DA OCORRÊNCIA: 12:00MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Colisão Automotiva VIATURA: UTI () BÁSICA ()

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: João da Silva IDADE: 35 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSÃO: Engenheiro FONE: 11-9999-9999
ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. da Paz, 123 BAIRRO: Centro
NOME DO SOLICITANTE: João da Silva FONE: 11-9999-9999
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R. da Paz, 123 BAIRRO: Centro
REFERÊNCIA: Colisão Automotiva

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO (X) CARRO DE PASSAGEIRO () MOTOCICLETA (X) PLACA: ABC-123
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
RUIZOMOVEL/OCUSAD: CONDUTOR () MOTORISTA () BOMBEIRO () BOMBEIRO () BOMBEIRO ()
MOTOCICLISTA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CINTO: S () N ()
AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA () QUEIMADURAS: 1º GRAU () 2º GRAU () 3º GRAU ()
QUEDA () ALTURA APROX. 1,50 METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: Arma Branca ARMA BRANCA () TIPO:
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR:
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EREÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: Doença de base
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Doença de base

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR. S DISPNEIA S () N (X) TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N (X)
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N (X) SIBLOS EXPIRATORIOS S () N (X) BAH: S () N (X)
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N (X) LESÕES DE FACE: S () N (X) RETRAÇÃO XIFÓIDE: S () N (X)
DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N (X) GEMIDO ESTRIDOR: S () N (X) DIST. FALA/CHORO: S () N (X)
CIRCULAÇÃO PA: X PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO:
COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S () N (X) PALIDEZ: S () N (X) CIANOSE: S () N (X) ICTÉRIO: S () N (X)
PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N (X) SUDORESE: S () N (X) DESIDRATADO: S () N (X)

Valdemiro Matos
Enfermeiro
CORENPE 460298

ARUANA SEGUROS
15 FEV 2018





SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr(a) Joelison dos Santos Leiros
Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47
End: Ricardo Augusto Helena Lima Bairro: Vila do Camp Cidade: Chã de Alegria
Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17.

História Clínica:

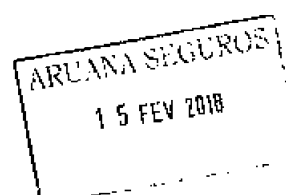
vítima acidente motocicleta ci fratura exposta
em MIE, Laceração MSE.

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN/PE 460298

Valdemiro Matos dos Santos

Enfermeiro Coordenador

17/08/17





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUÁRIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA:	07/08/2017 ÀS 15:59

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM BRAÇO ESQUERDO

CID: S821 + S417

Documentação médica - hospitalar



Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA COM TUTOR INTERNO EXTRAMEDULAR

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 30 DIAS

~~Examinado em:~~

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. BERNARDO CHAVES EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)

Dr. José Vinícius G. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 07, AGOSTO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2018

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

Doc. 01

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr^a(a) JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47

End: R: Catagista Helena Lima Bairro: Vila do Amparo Cidade: Chã de Alegria

Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17

História Clínica:

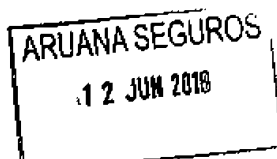
vitima acidente motocicleta c/ fratura exposta
em MIE, Laceracao MSE.

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN/PE 460298

Valdemiro Matos dos Santos

Enfermeiro Coordenador

17/08/17



192

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



Doc. 02

FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 12:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 12:05 H
HORA DA CONCLUSÃO: 12:10 H

QTC: 15 X 2

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/07/2018 HORA DA OCORRÊNCIA: 12:00

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente de trânsito VIATURA: UTT () BÁSICA ()

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLÍNICA () OBSTÉTRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: João da Silva IDADE: 35 ANOS
SEXO: M (x) F () PROFISSÃO: Motorista FONE: 11-98543 575
ENDEREÇO RESIDENCIAL: Av. Brasil, 100 BAIRRO: Centro
NOME DO SOLICITANTE: João da Silva FONE: 11-98543 575
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Av. Brasil, 100 BAIRRO: Centro
REFERÊNCIA: Acidente de trânsito

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ☒ CARRO () CAMINHÃO () CARRO DE PASSAGEIRO () MOTOCICLETA () PLACA: ABC-123
ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
RUTOS/VEÍCULO: COLISÃO: ☒ ENCRUPELAMENTO ()
MOTOCICLISTA: MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CINTO: S () N ()
AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERAMENTO ()
INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR:
EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA () QUEIMADURAS: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
QUEDA () ALTURA APROX. 1,80 METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: Arma Branca () TIPO:
AGRESSÃO SEXUAL () MAUS-TRATOS () OUTROS () CITAR:
MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: Acidente de trânsito
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO CONHECIDA: Acidente de trânsito

AValiação CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR S DISPNEIA S () N (x) TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N (x)
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N (x) SIBLOS EXPIRATORIOS S () N (x) BAINHAS () N (x)
AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N (x) LESÕES DE FACE: S () N (x) RETRATAÇÃO XIFÓIDE: S () N (x)
DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N (x) GEMIDO/ESTRIDOR: S () N (x) DIST. FALA/CHORO: S () N (x)
CIRCULAÇÃO PA: X PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA (x) INSATISFATÓRIA () PULSO:
COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S () N (x) PALIDEZ: S () N (x) CIANOSE: S () N (x) ICTÉRIO: S () N (x)
PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N (x) SUDORESE: S () N (x) DESIDRATADO: S () N (x)

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN-SP 460298

ARJANA SEGUROS
12 JUN 2018





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO - PERNAMBUCO

Paciente:

Clinica:

Registro:

Box/Leito/Enfermaria:

nas neov. coloradas
de fno.
Mariano Frustaglia

DR. GILBERTO A.C. DE
SANTANA
Médico Especialista

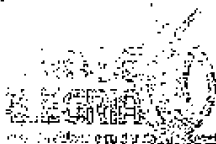
Data:

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

000.0040

ARUANA SEGURODORA
20 SET 2019





SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr(a) JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47

End: Ricardo Albuquerque Bairro: Vila do Campo Cidade: Chã de Alegria

Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17

História Clínica:

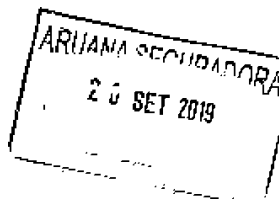
Vítima acidente motocicleta c/ fratura exposta
em MIE, LACERAÇÃO MIE.

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN/PE 460298

Valdemiro Matos dos Santos

Enfermeiro Coordenador

17/08/17





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 837558/2017.

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS.

Foi atendido às 22h47 do dia 17.07.2017.

Diagnóstico provável: POLITENAUZA

T.C.E. L. G. V. Z.

FRATURA EXPOSTA DE TÍRUA ESQUERDA
FRATURA EXTERNA DO MEMBRANO SUPRAOT
ELONGADO. (ALONGAMENTO X CADAVÉRICO)
OSTEOMIELITE NA ESQUERDA

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÃO
DEBILIDADE CRÂNICA - FIC 6 e 15.

CIANAGIA DO ENATVA EXPOSTA DA TÍRUA
DEBILIDADE + FRATURA EXTERNA DO MEMBRANO
CIANAGIA DO ENATVA DO PLATO DEBILIDADE
CIANAGIA DO OSTEOMIELITE DE PÓDIO DEBIL.

Obs. EXAMES LABORATORIAIS
ALTA EM 07-08-2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

IES - Hospital da Restauração

Dr. Gilberto Wanderley Lima

Gerente Médico do SAME
CRM: 4533

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

ARIANA REGIADORA

26 SET 2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUÁRIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM: Às	
	DATA DA ALTA: 07/05/2017 ÀS 15:59	

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM BRAÇO ESQUERDO

CID: S821 + S417

Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA COM TUTOR INTERNO EXTRAMEDULAR

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 30 DIAS

Encaminhado para:

RETIRO DO AQUELADOR DE DR. BERNARDO CHAVES EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)

Dr. Joelson dos Santos Lemos Sic
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº 25516

Recife, 07, AGOSTO, 2017

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para (NSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial), segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

ARUANA SECURADORA
26 SET 2019

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Doc. 03

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: JOELSON DOS SANTOS LEMOS SIC	PRONTUÁRIO: 1597008	ATENDIMENTO: 00837650
DATA DE NASCIMENTO: 12/11/1993	FOI ATENDIDO EM:	As
	DATA DA ALTA:	07/08/2017 ÀS 15:59

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM BRAÇO ESQUERDO

CID: S82.1 + S41.7

Documentação médica - hospital



Tratamento Realizado:

LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA COM TUTOR INTERNO EXTRAMEDULAR

Observação:

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR 30 DIAS

~~Enviado para:~~

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. BERNARDO CHAVES EM 2 SEMANAS (DE ACORDO COM DISPONIBILIDADE DE AGENDA)

Dr. José Vinícius G. dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516

Recife, 07, AGOSTO, 2017

ATENÇÃO:

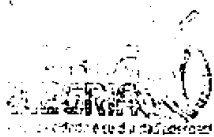
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2018

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

Doc. 01

DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr^a(a) Joel son dos Santos Lemos

Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47

End: Ricardo Augusto Helena Lima Bairro: Vila do Campo Cidade: Chã de Alegria

Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17

História Clínica:

Vítima acidente motocicleta c/ fratura exposta
em MIE, LACERAÇÃO MSE.

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN/PE 460298

Valdemiro Matos dos Santos

Enfermeiro Coordenador

17/08/17

ARUANA SEGUROS
12 JUN 2018



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 12:00 H
CHEGADA AO LOCAL: 12:00 H
HORA DA CONCLUSÃO: 12:00 H

DTC:

DATA DA SOLICITAÇÃO: 12/07/2014 **HORA DA OCORRÊNCIA:** 10:11

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: "Atividade de rotina" VIATURA: UTT () BÁSICA (x)

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLINICA () OBSTETRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICÍLIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____ ANOS
SEXO: M() F() PROFISSÃO: _____ FONE: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____ BAIRRO: _____
NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: _____ BAIRRO: _____
REFERÊNCIA: _____

CAUSA INTERNA (ASSENTE VOTANTE)

ACIDENTE DE TRÂNSITO: ONIBUS () CAMINHÃO (X) CARRO DE PASSAGEIRO () MOTOCICLETA (X) PLACA: _____
 ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA ()
 RUTOS: VEÍCULO () PEDESTRE () MOTORISTA () CONDUTOR DE TRÊS () COND. DA FRENTE () SEQ. DO ONIBUS: 2 () N ()
 MOTOCICLISTA () MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CARNÊTE: 3 (X) N ()
 AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () BOTERFAMENTO ()
 INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____
 EXPOSIÇÃO AO FOGO / FUMAÇA () QUEIMADURAS: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
 QUEDA () ALTURA APROX. _____ METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
 AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: _____ ARMA BRANCA () TIPO: _____
 AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR: _____
 MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: Doença crônica de início insidioso, com sintomas de cansaço, perda de peso e febre intermitente.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

VIA AÉREAS: FR. _____ DISPNEIA S () N () TIRAGEM INTERCOSTAL: S () N ()
 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S () N () SIBLOS EXPIRATÓRIOS S () N () BAH.S () N ()
 AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S () N () LESÕES DE FACE: S () N () RETRACÇÃO XIFÓIDE: S () N ()
 DEFORMIDADE DO TÓRAX: S () N () GÊMDO/ESTRIDOR: S () N () DIST. FALA/CHORO: S () N ()
 CIRCULAÇÃO PA: _____ X _____ PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA () INSATISFATÓRIA () PULSO: _____
 COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S () N () PALIDEZ: S () N () CIANOSE: S () N () ICTÉRIO: S () N ()
 PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N () SUDORESE: S () N () DESIDRATADO: S () N ()

Valdemiro Matos
Ermão
CORREIO 460298

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2018



00202

EXAME NEUROLÓGICO

AValiação PRIMARIA: ALERTA ()

RESPOSTA VERBAL (X)

RESPOSTA AO ESTÍMULO DOLOROSO ()

IRRESPONSIVO ()

ESCALA DE GLASGOW
ABERTURA OCULAR
Abertura ocular espontânea
Abertura ocular à voz
Abertura ocular à dor
Sem abertura ocular

RESPOSTA VERBAL

Orientado

Confuso

Resposta inapropriada

Sem resposta verbal

Sem resposta verbal

RESPOSTA MOTORA

Obedece comando

Localiza estímulo doloroso

Retirada ao estímulo doloroso

Flexão anômala (decorticação)

Extensão anômala (desencerebração)

Sem resposta motora

TOTAL
PONTOS

SINAIS DE DISFUNÇÃO CEREBRAL: DÉFICIT MOTOR ()

DESVIO DE COMISSURA LABIAL ()

AValiação DAS PUPILAS: ISOCÓRICAS ()

ANISOCÓRICAS ()

MIDRIASE ()

MIOSE ()

DIFICULDADE NA FALA ()

NATUREZA DA LESÃO

PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S () N ()

LESÕES INTRA-TORÁCICAS: S () N ()

FRATURA PÉLVIS: S () N ()

LESÕES INTRA-ABDOMINAIS: S () N ()

FRATURA EM OSSOS LONGOS: FECHADA () ABERTA ()

CONDUTA CLÍNICA / EVOLUÇÃO

IMOBILIZAÇÃO DA COLUNA CERVICAL: S (X) N ()

OXIGÊNIO: CATETER () VENTURI (X) CPAP ()

ASPIRAÇÃO DE SANGUE E SECREÇÕES S () N (X)

VENTILAÇÃO MECÂNICA: MODALIDADE

ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

FIOR

S () N (X)

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR S () N (X)

INFUSÃO DE FLUIDOS: S () N (X)

OUTRAS CONDUTAS

MEDICAMENTO / MATERIAL PENSO USADO

Uso DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

USO DE ALCOOL: S (X) N ()

USO DE ALCOOL: S (X) N ()

USO DE ALCOOL: S (X) N ()

USO DE ALCOOL: S (X) N ()

USO DE ALCOOL: S (X) N ()

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

HOSPITAL PARA ONDE FOI ENCAMINHADO O PACIENTE: H.R.

MÉDICO QUE RECEBEU:

ORIENTAÇÃO PARA O AMBULATÓRIO: S () N ()

ÓBITO ANTES DO ATENDIMENTO: S () N (X)

ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO: S () N (X)

PRANCHA RETIDA: S () N (X)

MACARETA NA UNIDADE HOSPITALAR: S () N (X)

EQUIPE

MÉDICO REGULADOR:

ENFERMEIRA:

MOTORISTA:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA:

MÉDICO ASSISTENTE:

SOCORRISTA:

Exoneração de Responsabilidade

ARUANA SEGUROS

12 JUN 2019



1 42004400 4200 21141 4 1 15 91200

MARIA JOO TONG
 INTERNATIONAL
 962229016

962229415

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



Adaptar ao seu novo comportamento as pessoas que a cercam, no trabalho.

1999 o 2000, o mesmo tem por objetivo avaliar a produção de pesquisa em uma esfera de alta tecnologia.

Se voce tiver recebido, mesmo logo a secessão médica, um diagnóstico que "incutidos" e "curados" com o mesmo grau de

Se vogliono i clienti, non ce n'è da fare a forza: arrivati da un cliente, si arriva da tutti.

Practitioner of emergency medicine (emergency medicine), as well as for victims of the disaster, including: social health domain.

Atend, as reivindicações dos membros da CIPA e de suas filiais e filietas.

Comprei um livro, as páginas de segurança da revista onde você tinha o divórcio e descobri que tinham roubado o meu documento de identidade.

Let's not forget to always use disinfectants, especially in our homes, and avoid contact with animals.

do seu trabalho de pesquisa comédica não fizessem

התאגדות זו היא חברה בע"מ, המיועדת להעניק שירותי ייעוץ ופיקוח, וזוהי חברה בבעלות מלאה של חברת האם.

adibui-se a rede de paratuberculose, com o objetivo de proporcionar assistência adequada aos pacientes com tuberculose.

[Faint handwritten notes]

La Comisión de Justicia dispone de los medios necesarios para llevar a cabo sus actividades. No podrá ser

CLIP

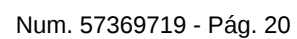
Jason dos Santos Lemes
ASSINATURA DO PORTADOR



14 NOV 2017



ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
108.981.114-47

Nome
JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Nascimento
12/11/1993

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ADRIANO XAVIER ALVES

CEC (CATEGORIA/DIR. EXERCICÍO):
4730000 DEP. PE

CPF: 022.645.170-49 DATA NASCIMENTO: 23/04/1977

PLACA: JONAS ADRIANO ALVES

MARTA ALMEIDA
LADYNEIA XAVIER

PERMISSÃO: AC - CE - PE - AB

PROFISSIONAL: 01007100036 PLANO: 03/06/2019 VALIDADE: 28/01/2027

PAQUETE PLASTIFILM 962229016

VITÓRIA DE SANTO ANTAO - PE DATA EMISSÃO: 13/06/2014

019900000003
PE000091620

- DETRAN - PE (PENNAMBUCO) -

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE	Nº 012238415493
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
UA	COD. RENAVAM
A	30518512
NOME/ENDEREÇO	
MARCIA MARIA DA CRUZ	
R CATEQUISTA HELENA DE LUNA 05	
C3 CENTRO	
CHA DE ALEGRIA - PE	
OP. ENTE	PLACA
118.264.384-70	PEX/613
NOME ANTERIOR	
JEFFERSON DOS SANTOS MEMOS	
PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9C2KC1670BR506573
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS - MOTOCICLETA	ALCO/GASO
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
HONDA/CG 150 FAN EST	2011/2011
CAP/POT/CL	CATEGORIA
28/149CL	PARTIC
20185513	COR PREDOMINANTE
	PRETA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA	
CHA DE ALEGRIA - PE	
LOCAL	DATA
CHA DE ALEGRIA - PE	17/03/18
Charles Anderson Sousa Ribeiro	
SA - COORDENADOR DE REGISTRO DE VEÍCULOS	

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543606

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do acidente: 17/07/2017

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA, FERIMENTO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, TCE LEVE.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM MOBILIDADE E FORÇA DO MEMBRO PRESERVADAS. APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO (CERCA DE 80 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LOCAL GRAVE, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA (++-++++), SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA NO MOMENTO.

Resultados terapêuticos: FIXADOR EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM POSTERIOR COLOCAÇÃO DE PLACA. LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE. FEZ FISIOTERAPIA. COMPLICAÇÃO: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelae permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190543606
Nome do(a) Examinado(a): Joelson dos Santos Lemos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 15 de Novembro, S/N Rua 15 de Novembro
Centro Glória do Goita PE CEP: 55620-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8907804
Data local do acidente: [17/07/2017]
Data local do exame: [03/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA, FERIMENTO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, TCE LEVE
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIXADOR EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM POSTERIOR COLOCAÇÃO DE PLACA. LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE. FEZ FISIOTERAPIA. Complicações: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM MOBILIDADE E FORÇA DO MEMBRO PRESERVADAS. APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO (CERCA DE 80 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LOCAL GRAVE, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++----), SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA NO MOMENTO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO GRAVE DE JOELHO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, SEQUELA DE OSTEOMIELITE
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| ☐ "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | ☐ "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Esquerdo
% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☒ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOELSON DOS SANTOS LEMOS
DATA DO ACIDENTE 13/03/2017 CPF DA VÍTIMA 108.981.114-43
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOELSON XAVIER LEMOS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 15 DE NOVE ABRIL
Nº 210 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE GUARÁ DO SUL UF PR CEP 85620-000
E-MAIL JOELSON.XAVIER@GMAIL.COM TEL/FONE (81) 9.9526.4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () LAJA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

Outros

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADA(S) DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES E LEGÍVEL
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/73
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), E VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCI COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14.02.17

IDENTIDADE 4330421

ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL REFERENTE NA

DATA 14.02.2017

NOME Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA [Assinatura]





Outros



A

SEGURADORA LIDER CONSORCIO DE SEGUROS DPVAT.

ASSUNTO: SOLICITANDO CONTINUIDADE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO

SINISTRO Nº 3170613399

Prezados Senhores.

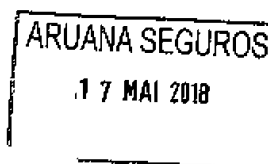
JOELSON DOS SANTOS LEMOS, vítima de acidente de trânsito, vem através de seu procurador que esta subscreve, enviar nova impressão do Boletim de Ocorrência nº 18E0154000099, conforme pendência solicitada pela Seguradora Líder, tendo em vista que o enviado anteriormente estava claro, tornando-se ilegível para análise. Sendo assim a vítima solicita continuidade do processo administrativo e evitar litígio judicial.

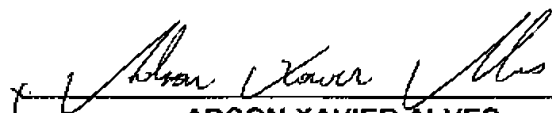
Certo que serei atendido agradeço à atenção dispensada

Contato pelo fone: (81) 9.9526.4343.

E- mail: adson.advocacia@yahoo.com.br

Glória do Goitá, 12 de maio de 2018.




ADSON XAVIER ALVES
OAB/PE: 40.617

Rua 15 de novembro, nº21-A, Centro, Glória do Goitá-PE.
E-mail: adson.advocacia@yahoo.com.br
Fones: (81) 9.9526-4343



Outros



A

SEGURADORA LIDER CONSORCIO DE SEGUROS DPVAT.

ASSUNTO: ENVIADO DOCUMENTO MEDICO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

SINISTRO Nº: 3170613399

Prezados Senhores.

JOELSON DOS SANTOS LEMOS, vítima de acidente de trânsito vem por meio desta, através de seu procurador que este subscreve, esclarecer que a documentação está em conformidade com a legislação do DPVAT. Onde constam os seguintes documentos:

- I. Atendimento realizado pelo SAMU (Doc. 1 e 2) em 17/07/2017 (Primeiro atendimento).
- II. Ficha de esclarecimento do Hospital da Restauração com data de alta em 07/08/2018 (Doc. 3).

Obs.: Vale salientar que na ficha de atendimento do SAMU consta que o paciente foi encaminhado para "HR" (Hospital da Restauração, Recife), confirmando a sequência dos atendimentos hospitalares.

Certo que serei atendido agradeço à atenção dispensada.

Contatos pelo fone: (81) 9.9526-4343,

Glória do Goitá, 07 de junho de 2018.

ARUANA SEGUROS
12 JUN 2018


ADSON XAVIER ALVES
OAB/PE:40.617

Rua 15 de Novembro, nº 21-B, Centro, Glória do Goitá - PE
E-mail: adson.advocacia@yahoo.com.br
Fone: (81) 9 9526-4343

Página 1





A
SEGURADORA LIDER CONSORCIO DE SEGUROS DPVAT/ ARUANA

ASSUNTO: SOLICITANDO CONTINUIDADE DO PROCESSO E ENVIAR DOCUMENTO MEDICO PENDENTE

SINISTRO Nº: 3170613399

Prezados Senhores,

JOELSON DOS SANTOS LEMOS, inscrito no CPF: 108.981.114-47, vítima de acidente de trânsito, vem por meio desta, através de seu procurador, que este subscreve, esclarecer fatos e solicitar continuidade, conforme documentos em anexo.

ENVIO NOVA FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO com mais especificações do diagnóstico e tratamento realizado pela vítima.

Conforme documento do primeiro atendimento, a vítima se envolveu em acidente de trânsito no dia 17/07/2017, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Feira Nova, foi constando fratura Exposta em MIE e Laceração MSE. Em seguida foi encaminhado para Hospital da Restauração (conforme ficha de esclarecimento 1597008), demonstrando que a vítima apresentou fratura em tibia esquerda com tutor interno extramedular, sendo realizado tratamento cirúrgico.

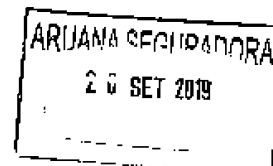
Diante do que foi exposto não resta dúvida do direito do requerente em receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT uma vez que foram constatadas fraturas advindas de acidente de trânsito, conforme citado anteriormente, bem como comprovação documental em anexo.

Desta forma solicito nova abertura do sinistro e prosseguimento do processo administrativo.

Contatos pelo fone: (81) 9.9526-4343

Glória do Goitá, 09 de maio de 2019

ADSON XAVIER ALVES
OAB/PE:40.617



Rua 15 de Novembro, nº 21-B, Centro, Glória do Goitá - PE
E-mail: adsonxavier.adv@gmail.com
Fone: (81) 9 9526-4343

Página 1





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E UAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOELSON DOS SANTOS LEMOS
DATA DO ACIDENTE 13/03/2014 CPF DA VITIMA 108.981.114-43
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALISON XAVIER ALVES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____)
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA 15 DE NOVE MBRO
Nº 210 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE GUARU DO SOIT UF PE CEP 55620-000
E-MAIL ALISON.ALVES@GMAIL.COM 59.9526.4343

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ ATUA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO SIMPLES E LEGÍVEL
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/77
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), E VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCI COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 3204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

14.11.17

IDENTIDADE

450421

ASSINATURA

[Assinatura]

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGUROS

DATA

14.11.2018

NOME

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINATURA

[Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543606

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do acidente: 17/07/2017

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIAFISÁRIA ESQUERDA, FERIMENTO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, TCE LEVE.

Descrição do exame físico: VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. APRESENTA CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM MOBILIDADE E FORÇA DO MEMBRO PRESERVADAS. APRESENTA INSTABILIDADE ARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO NA FLEXÃO (CERCA DE 80 GRAUS), DEFICIT DE FORÇA LOCAL GRAVE, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA (++-++++), SEM SINAIS DE INFECÇÃO ATIVA NO MOMENTO.

Resultados terapêuticos: FIXADOR EXTERNO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM POSTERIOR COLOCAÇÃO DE PLACA. LIMPEZA E SUTURA DO FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, SUPORTE CLINICO PARA O TCE. FEZ FISIOTERAPIA. COMPLICAÇÃO: EVOLUIU COM OSTEOMIELITE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO JOELHO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543606

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do acidente: 17/07/2017

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA (OSTEOMIELEITE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE NA TÍBIA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190543606

Cidade: Glória do Goitá

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do acidente: 17/07/2017

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA (OSTEOMIELEITE).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE NA TÍBIA) E ALTA MÉDICA. PÁG 3/4

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: CARDIATEIRO

Identidade: 8.907.804-50/PE CPF: 108.981.114-47

Endereço: RUA CATEQUISTA HELENA LUNA, Nº 239, VILA DO CAMPO
CHÁDE ALEGRIA - PE

PROCURADOR:

Nome: Adson Xavier Alves

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Casado

Profissão: Advogado

OAB/PE: 40.617

Identidade: 4730429/SSP-PE

CPF: 922.665.174-49

Endereço: Rua 15 de Novembro, 33 AN 1 CA A, Centro, Glória do Goitá - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Podendo solicitar, receber e assinar documentos, representando-me perante Hospitais, Delegacias, IML, Bancos (abertura de Contas Corrente ou Poupança), Repartições Públicas em geral, cartórios e demais órgão públicos no intuito de bom andamento para o recebimento do Seguro de Transito DPVAT.

Gloria do Goita 26/10/2017
Local e data



CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE GLÓRIA DO GOITÁ
TITULAR: LASMIM MONTARROIOS DA SILVA PINTO
E-MAIL: 36582@000

RECONHEÇO (a) a firma de: JOELSON DOS SANTOS LEMOS, por
AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,26, TMSR R\$ 0,73, FERC
R\$ 0,37. Glória do Goitá - PE, 26/10/2017. Em
testemunho da verdade. Dou fe. Eu, LASMIM MONTARROIOS
IRA PINTO, Tabelião em EXERCÍCIO

76554.CROU/201701/00629 26/10/2017 14:19:26
Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: CARPINTEIRO

Identidade: 8.907.804-50 CPF: 108.981.114-47

Endereço: RUA CATEQUISTA HELENA LUNA, Nº 239, VILA DO CAMPO
CNÁDE ALEGRIA - PE

PROCURADOR:

Nome: Adson Xavier Alves

Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Casado

Profissão: Advogado

OAB/PE: 40.617

Identidade: 4730429/SSP-PE

CPF: 922.665.174-49

Endereço: Rua 15 de Novembro, 33 AN 1 CA A, Centro, Glória do Goitá - PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

Podendo solicitar, receber e assinar documentos, representando-me perante Hospitais, Delegacias, IML, Bancos (abertura de Contas Corrente ou Poupança), Repartições Públicas em geral, cartórios e demais órgão públicos no intuito do bom andamento para o recebimento do Seguro de Transito DPVAT.

Gloria do Goita 8/10/2017
Local e data

RECONHEÇO
A FIRMA



Joelson dos Santos Lemos
Assinatura do Beneficiário/Vítima

(por autenticidade)

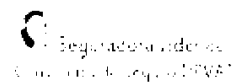
CARTÓRIO ÚNICO DA COMARCA DE GLÓRIA DO GOITÁ
TITULAR: IASMIN MONTARROIOS DA SILVA PINTO
TELEFONE: (81) 36582-000

RECONHEÇO (a) a firma de: JOELSON DOS SANTOS LEMOS, por
AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 3,26, TNSR R\$ 0,73, FERC
R\$ 0,37. Glória do Goitá - PE, 26/10/2017. Em
testemunho da verdade. Dou fé. Eu, IASMIN MONTARROIOS
IRA PINTO, TABELADO EM EXERCÍCIO

76554.CIN07201701/00629 26/10/2017 14:19:26
autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326765/19

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

CPF: 108.981.114-47

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/07/2017

Titular do CPF: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADSON XAVIER ALVES : 922.665.174-49

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

JOELSON DOS SANTOS LEMOS : 108.981.114-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019
Nome: ADSON XAVIER ALVES
CPF: 922.665.174-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA
CPF: 109.530.024-54

ADSON XAVIER ALVES

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543606

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do Acidente: 17/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADSON XAVIER ALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14794547





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543606 **Vítima:** JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do Acidente: 17/07/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADSON XAVIER ALVES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOELSON DOS SANTOS LEMOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01829/01830 - carta_02 - INVALIDEZ

00050915



Carta nº 14817522





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543606

Vítima: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Data do Acidente: 17/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADSON XAVIER ALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON DOS SANTOS LEMOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003536

Conta: 000003837-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

108.981.114-47

Nome completo da vítima

JOELSON DOS SANTOS LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOELSON DOS SANTOS LEMOS		CPF titular da conta 108.981.114-47	Profissão RECUSA INFORMAR
Endereço RUA SETE QUARTA H. DE LUNA		Número 239	Complemento
Bairro	Cidade CHA DE ALEGRIA	Estado PE	CEP 55835-000
Email ADSON.ADVOCACIA@YAHOO.COM.BR		Telefone (DDD) 8119.9526-4343	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

DV

CONTA

Nº.

DV

3536

(Informar dígito se existir)

8837

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas as bancas)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

DV

CONTA

Nº.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GLORIA GONCALVES, 20 de OUTUBRO de 2017

Local e Data

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

x Joelson dos Santos Lemos

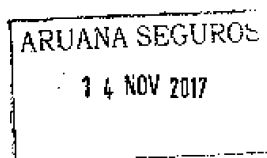
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARDE 001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/02/2020 11:15:08
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020411150827300000056429850>
 Número do documento: 20020411150827300000056429850



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

108.981.114-47

Nome completo da vítima

JOELSON DOS SANTOS LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOELSON DOS SANTOS LEMOS		CPF titular da conta 108.981.114-47	Profissão RECUSADOR
Endereço RUA SETE QUARTA H. DE LUNA		Número 239	Complemento
Bairro	Cidade CHA DE ALEGRIA	Estado PE	CEP 55835-000
Email ADSON.ADVOCACIA@YAHOO.COM.BR			Telefone (DDD) (81) 9.9526-4343

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.
3536 **3837** **1**
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
 AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GLORIA GOMES PE 20 de outubro de 2017

Local e Data

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017

x *Joelson dos Santos Lemos*
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPDF 001 V001/2017

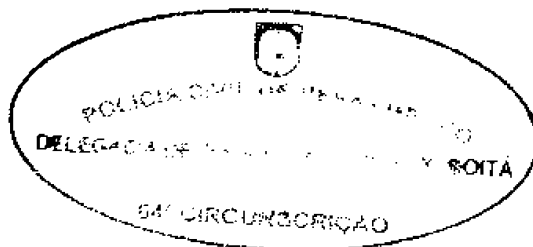




ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 64ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLÓRIA DO GOITÁ -
DP64ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0154000911

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/11/2017 às
15:56

Complementa o BO Número: 17E0154000989

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/7/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 1, RODOVIA
PE-46, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA - Bairro: ZONA
RURAL - GLÓRIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCIA MARIA DA CRUZ (OUTRO)
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOELSON DOS SANTOS LEMOS



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

**JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
HELENA GONÇALVES FERREIRA Pai: JOSILDO DOS SANTOS LEMOS Data de Nascimento:
12/11/1983 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

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

08/11/2017 15:51



01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a):
MARCIA MARIA DA CRUZ, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **NÃO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEK7613 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

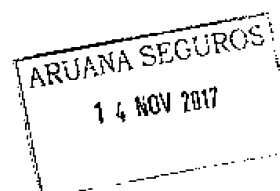
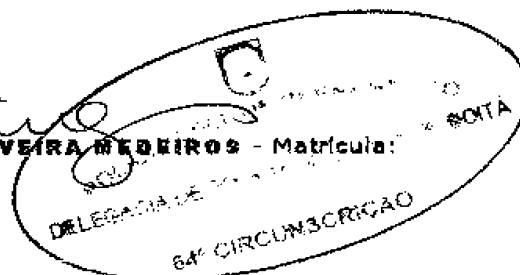
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTE TRANSITAVA PELA RODOVIA PE-49, NO SENTIDO GLÓRIA DO BOITÁ/CHÁ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, SOPRENDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E, POSTERIORMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS DISSER.

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

Joelson dos Santos Lemos
JOELSON DOS SANTOS LEMOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Nathan José de Oliveira Medeiros*
NATHAN JOSÉ DE OLIVEIRA MEDEIROS - Matrícula: **273.991-0**



08/11/2017 15:51





BOLETA DE OCORRENCIA Nº 18F0154000090

[illegible]

MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO ROSTA, ALAGOAS
 SENHOR RUA DO GATACHA DE ALGARIA - ZONA
 RUA DO ROSTA PERNAMBUCO BRASIL
 RUA DO ROSTA

Presente: envolvendo sua ocorrência

[illegible]

Objeto e finalidade: na prestação de

SECRET

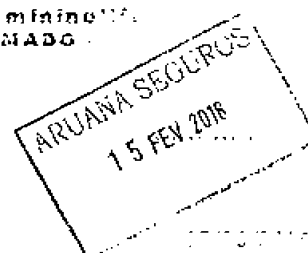
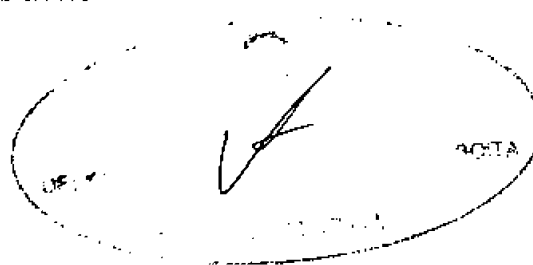
Quelques-uns des points de discussion sont :

JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente no plantão); - Sexo: Masculino; 19;
HELENA GONÇALVES FERREIRA - JOSILDO DOS SANTOS LEMOS Casa de família por
14-11-1992 14:00:00 NAO INFORMADO PERMANEÇUO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ou plantão) - 1 - Desconhecido
DESCONHECIDO - 1 - não informado - 1-1-1980 - não informado - NÃO INFORMADO.
FERNANDES LERASSI

MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente na plantão) - 21 - Feminino -
DESECONHECIDO (sem documento) - 011250 Indagadora NÃO INFORMADO -
PERNAMBUCO BRASIL

4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 8



NOTOCICLETA NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO

PRETA - 1 (UNIDADE)

PER 7913, 10/10/94, 204412844

[illegible]

SEGUNDO A VITIMA, ESTE TRANSITAVA PELA ROSOVIA PE-MG, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOITAÇÃ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, SORTEANDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VITIMA FOI SOTERRADA PELO CARRO E, POSTERIORMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS DISSE.

JELSON DOS SANTOS LEMOS
(VITIMA)

DR. REGINALDO FERREIRA JALDSON DOS SANTOS SILVA - RG 150150-9

ARUANA SEGUROS
15 FEB 2018

074 242615 16 24





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ -
DP64ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0154000099

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/02/2018 às 16:33

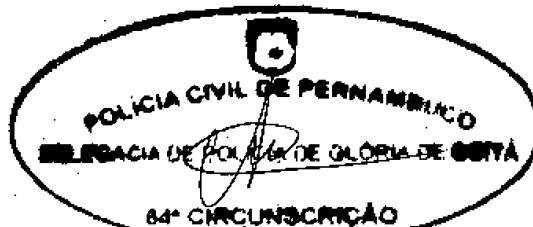
Complementa o BO Número: 17E0154000911

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 17/1/2017 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, RODOVIA PE-40, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCIA MARIA DA CRUZ (OUTRO)
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) JOELSON DOS SANTOS LEMOS

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

JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELENA GONCALVES FERREIRA Pai: JOSILDO DOS SANTOS LEMOS Data de Nascimento: 12/11/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) MARCIA MARIA DA CRUZ, que estava em posse do(a) Sr(a) JOELSON DOS SANTOS LEMOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE)



Placa: **PEK7813** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

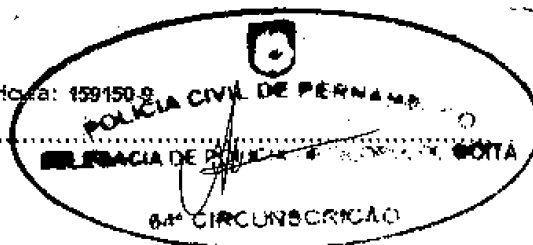
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTE TRANSITAVA PELA RODOVIA PE-40, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E, POSTERIOREMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS DISSER.

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

Jaldson dos Santos Lemos
JALDSO DOS SANTOS LEMOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **JALDSO DOS SANTOS SILVA** - Matrícula: **159150-2**

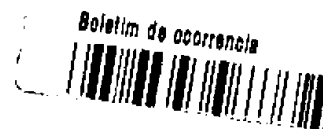


ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018

02/05/2018 16:01





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ -
DP64ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0154000099**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2018** às **16:33**

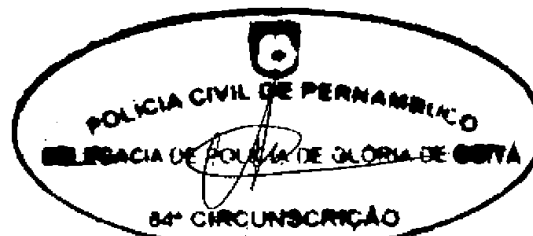
Complementa o BO Número: **17E0154000911**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/1/2017** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GLORIA DO GOITA, 1, RODOVIA PE-40, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA - Bairro: ZONA RURAL - GLORIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARCIA MARIA DA CRUZ (OUTRO)
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**

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

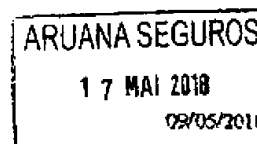
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA GONCALVES FERREIRA** Pai: **JOSILDO DOS SANTOS LEMOS** Data de Nascimento: **12/11/1993** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1980** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1980** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIA MARIA DA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**



Placa: PEK7613 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011

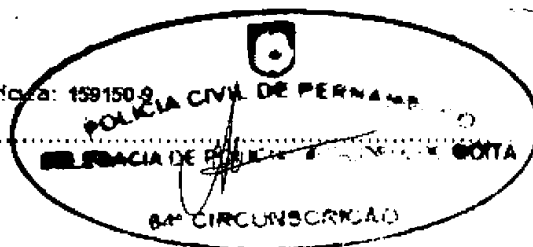
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTE TRANSITAVA PELA RODOVIA PE-40, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E, POSTERIORMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS DISSE.

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

Jaldson dos Santos Lemos
JALDSO DOS SANTOS LEMOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JALDSO DOS SANTOS SILVA - Matrícula: 159150-2



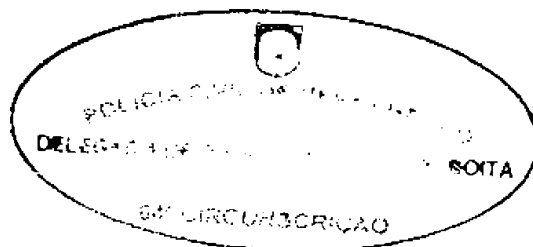
ARUANA SEGUROS

17 MAI 2018

09/05/2018 16:01



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ -
DP64ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0154000911**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2017** às
15:56

Complementa o BO Número: **17E0154000889**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/7/2017** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GLÓRIA DO GOITÁ, 1, RODOVIA
PE-49, SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALGUEIRA - Bairro: ZONA
RURAL - GLORIA DO GOITÁ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARCIA MARIA DA CRUZ (OUTRO)
JOELSON DOS SANTOS LEMOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOELSON DOS SANTOS LEMOS

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

**JOELSON DOS SANTOS LEMOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
HELENA GOMALVES FERREIRA Pai: JOSILDO DOS SANTOS LEMOS Data de Nascimento:
12/11/1993 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1999 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCIA MARIA DA CRUZ (não presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
DESCONHECIDO Data de Nascimento: 1/1/1999 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

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

08/11/2017 15:51



01 (UMA) MOTOCICLETA HONDA CG 150 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIA MARIA DA CRUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON DOS SANTOS LEMOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto

Apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEK7813 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

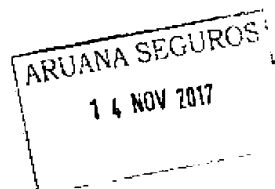
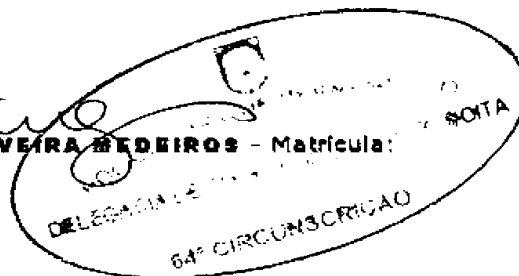
Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, ESTE TRANSITAVA PELA RODOVIA PE-49, NO SENTIDO GLÓRIA DO GOITÁ/CHÃ DE ALEGRIA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E VEIO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO LESÕES NA ALTURA DA PERNA ESQUERDA. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E, POSTERIORMENTE, ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NADA MAIS DISSE.

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

Joelson dos Santos Lemos
JOELSON DOS SANTOS LEMOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Nathan José de Oliveira Medeiros* **NATHAN JOSÉ DE OLIVEIRA MEDEIROS** - Matrícula: **273.991-0**



09/11/2017 15:51



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, JOELSON DOS SANTOS LEMOS, portador da carteira de identidade nº 086814/0060 e inscrito no CPF/MF sob o nº 108.981.114-42 residente e domiciliado na RUA CATEQUISTA H. DELUINA, N° 239 Cidade CHA DE ALEGRIA Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

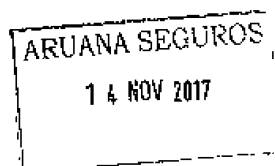
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Joelson dos Santos Lemos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GLORIA DO GOMA-PE, 30/10/2017

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Fu, JOELSON DOS SANTOS LEMOS, portador da carteira de identidade nº 086814/0060 e inscrito no CPF/MF sob o nº 108.981.114-43, residente e domiciliado na RUA CATEQUISTA H. DELUINA, N.º 239, Cidade CHA DE ALEGRIA, Estado PERNAMBUCO, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

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

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

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

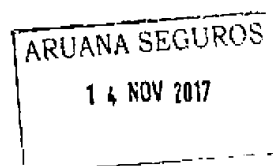
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Joelson dos Santos Lemos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

GLORIA DO GOIA-PE, 30/10/2017

Local e data

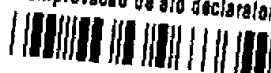




SAMU - CHÃ DE ALEGRIA

Secretaria de Saúde de Chã de Alegria

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins que o Sr(a) Joelson dos Santos Lemos

Idade: 23 Data Nascimento: 12/11/93 RG: 8.907.804 CPF: 108.981.114-47

End: R: Catquista Helena Lima Bairro: Vila do Campo Cidade Chã de Alegria

Foi Atendido pelo SAMU no dia 17/07/17

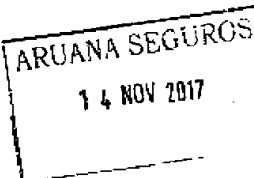
História Clínica:

vitima acidente motocicleta c/ fratura exposta
em MIE, Laceração MSE.

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN/PE 460298

Valdemiro Matos dos Santos

Enfermeiro Coordenador



17/08/17



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

 **CONSEJO NACIONAL DE LA JUDICATURA**
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL SUPLENTE
SECRETARÍA DE LA JUDICATURA

FICHA DE ATENDIMENTO

HORA DO CHAMADO: 20:45 H
CHEGADA AO LOCAL: 22:25 H
HORA DA CONCLUSÃO: 01:00 H

OTC: 358260

DATA DA SOLICITAÇÃO: 17/07/2017 HORA DA OCORRÊNCIA: 20:48

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Art. 2º, inciso I, da Lei 9.784/99 VIATURA: UTT () BÁSICA (x)

TIPO/LOCAL DE OCORRÊNCIA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) () CAUSA CLINICA () OBSTETRICO () REMOÇÃO ()
VIA PÚBLICA () DOMICILIO () LOCAL DE TRABALHO () EMPRESA:

IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE: Jacilene dos Santos Gomes IDADE: 23 ANOS
SEXO: M (X) F () PROFISSAO: sem profissao FONE: 98 342 5796
ENDEREÇO RESIDENCIAL: R. Patrocinista Valença de B. nº 100 BAIRRO: _____
NOME DO SOLICITANTE: _____ FONE: _____
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: R. 2a BAIRRO: _____
REFERENCIA: Quilômetro 1, km 1,5, rod. BR-101

CARTELA EXTERNA (ACCIDENTE, VIOLENCIA)

ACIDENTE DE TRANSPORTE: ONIBUS () CAMINHÃO (X) CARRO DE PASSAGEIRO () MOTOCICLETA (X) PLACA _____
 ATROPELAMENTO: PEDESTRE () CICLISTA () _____
 AUTOMÓVEL (OCULISTA) PASSAGEIRO () MOTOCICLISTA () BRANCO DE TRINCO () BANDO DE FRENTE () USO DO CINTO: S () N ()
 MOTOCICLISTA MOTOCICLISTA () PASSAGEIRO () USO DO CAPACETE: S (X) N ()
 AFOGAMENTO/SUBMERSÃO () SOTERRAMENTO ()
 INTOXICAÇÃO EXÓGENA () ANIMAIS PEÇONHENTOS () AGENTE CAUSADOR: _____
 EXPOSIÇÃO AO FOGO/FUMAÇA () QUEIMADURAS: 1º GRAU °C () 2º GRAU °C () 3º GRAU °C ()
 QUEDA () ALTURA APROX. _____ METROS () QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA
 AGRESSÕES: () POR ARMA DE FOGO () TIPO: _____ ARMA BRANCA () TIPO: _____
 AGRESSÃO SEXUAL () MAUS TRATOS () OUTROS () CITAR: _____
 MECANISMO DO TRAUMA: () IMPACTO FRONTAL () IMPACTO LATERAL () IMPACTO TRASEIRO () EJEÇÃO () CAPOTAMENTO

CAUSAS CLÍNICAS

HISTÓRIA CLÍNICA: 2 Litros de vômitos com sangue e cafeína por 1 semana

TIPO DE SINTOMAS: dor abdominal de natureza mecânica

HIPOTESE DIAGNOSTICO CONHECIDA: Cenotismo

AVALIAÇÃO CLÍNICA MGT 253

VIA AÉREAS: FR ☐ DISPNEIA S (☐) N (☒) TIRAGEM INTERCOSTAL: S (☐) N (☒)
 OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS: S (☐) N (☒) SIBILOS EXPIRATORIOS S (☐) N (☒) BÂNB S (☐) N (☒)
 AGITAÇÃO PSICOMOTORA: S (☐) N (☒) LESÕES DE FACE: S (☐) N (☒) RETRATAÇÃO XIFÓIDE: S (☐) N (☒)
 DEFORMIDADE DO TÓRAX: S (☐) N (☒) GÊMIDO/ESTRIDOR: S (☒) N (☐) DIST. FALA/CHORO: S (☒) N (☐)
 CIRCULAÇÃO PA: ☒ PERFUSÃO PERIFÉRICA: BOA (☒) INSATISFATÓRIA (☐) PULSO: 2+
 COLORAÇÃO DA PELE NORMAL: S (☐) N (☒) PALIDEZ: S (☒) N (☐) CIANOSE: S (☒) N (☐) ICTÉRIO: S (☒) N (☐)
 PRESENÇA DE SANGRAMENTO EXTERNO: S (☒) N (☐) SUDORESE: S (☐) N (☒) DESIDRATADO: S (☒) N (☐)

Valdemiro Matos
Enfermeiro
COREN-PE 460298

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON DOS SANTOS LEMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03536

CONTA: 000000003837-1

Nr. da Autenticação B1268FD365FE6ADE



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOELSON DOS SANTOS LEMOS,

RG nº 086814 0060, data de expedição 05/01/10, Órgão CIPs,

CPF nº 108.981.114-47, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Logradouro
(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA CATEQUISTA H. DE LUNA</u> |
| Número | <u>239</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | |
| Cidade | <u>CHA DE ALGUEIRA</u> |
| Estado | <u>PERNAMBUCO</u> |
| CEP | <u>55835-000</u> |
| Telefone de Contato | <u>(81) 9.9526-4343</u> |
| E-mail | <u>ADSON.ADVOCACIA@YAHOO.COM.BR</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GLORIA DO GOLTA-PE, 30/10/2017

Assinatura do Declarante: X *Joelson dos Santos Lemos*

ARUANA SEGUROS

14 NOV 2017



DEBTAQUE AQU



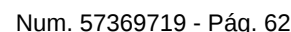
DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

ORGANIZACIJA ZA PROMOTIVANJE IZOBILJEŽENOSTI

[illegible]

OTM#A0AS912A

AGRICULTURAL CREDIT





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50051-902
CNPJ 10.835.937/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTATO 118
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 9142
 Ouvidoria 0800 232 5599
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | |
|------------------|-------|
| DADOS DO CLIENTE | |
| Nome | _____ |
| Endereço | _____ |
| Cidade | _____ |
| Estado | _____ |
| CEP | _____ |
| Telefone | _____ |
| E-mail | _____ |

MORGANA BORBA DA COSTA LEAL
CPF: 668.046.784-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 15 DE NOVENBRO 33 -A-

CENTRO GLORIA DO BOITA
55620-000 GLORIA DO BOITA PE

As atividades gerais do fornecimento (Resolução ANCEL 414/2004), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, em conjunto em nossas unidades de atendimento e no site www.anel.com.br

DATA DE VENCIMENTO
05/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

389.23

DATA ENTRADA DA NOTA FISCAL

26/06/2017

DATA DA APRESENTAÇÃO
28/05/2017

NUMBER OF MONTHS

003673420

CONTA CONTRATO
007004620015

Nº DO CLIENTE

Nº DA INSTALAÇÃO
000473807

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trifásico

RESERVADO AO FISCO

E3DB.4D22.8539.1024.C522.E993.A3D8.961C

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|---|------------|------------|-------------|
| Consumo Atrolado/KWH | 500,00 | 0,71248807 | 356,24 |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 1,44 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 11,21 |
| ICMS Subvenção-CIDE-NF 003698501-28/04/17 | | | 5,03 |
| Multa por atraso-NF 003628501 - 28/04/17 | | | 9,51 |
| Juros por atraso-NF 003638501 - 28/04/17 | | | 5,70 |
| TOTAL DA FAIXA | | | |

Comunicamos à nobre pagamenta da(s) nota(s) de crédito da(s) data(s)

| | | |
|---------|---------|--------|
| VENUE | DT REAR | NAME |
| 1510017 | 200017 | 100073 |

Em caso de não pagamento de dívidas, o FORTALECIMENTO DE ENERGIA PODERÁ, AOS TEMPOS, LHEM COMO VANTAGEM PODERAR AOS LHEMOS AOS REGISTROS DE RESTRIÇÃO DE CRÉDITO DO BPC E BIPAA, COM CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS. Este comunicado não substitui o envio de cobranças individuais, nem o envio de mensagens de cobrança por meio de e-mail ou telefone. O BPC e BIPAA são de propriedade da BPC e BIPAA e não podem ser utilizados para fins comerciais ou de qualquer outra natureza.

[illegible]

TRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| NUMERO DO ANUNCIO | TIPO DA PUBLICACAO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | COSTO M. S/M² |
|--------------------|--------------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|-----------|--------|---------------|
| | | DATA | LITURA | DATA | LITURA | | | | |
| C90000003010274035 | CAY | 29/05/2017 | 30.630,00 | 28/06/2017 | 31.130,00 | 32 | 1,0000% | 0,00 | 300,00 |
| A00000003010621455 | CRT | 29/05/2017 | 50,000,00 | 28/06/2017 | 50,000,00 | 30 | 1,0000% | 0,00 | 172,00 |

*DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA ENTREVISTA: 20/07/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| DESCRICAO | CONJUNTO | VALOR
ATUALIZADO | MEDIA
MENSAL | MEDIA
TRIM. | MEDIA
ANUAL |
|--|-----------------|---------------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | shap217 | | | |
| DESC.Na.de horas com energia | GLORIA DO GOPIA | 0,00 | 3,47 | 11,34 | 24,09 |
| FIC.Mo.de vaza com energia | | 0,05 | 3,47 | 6,08 | 19,70 |
| ONHE.Dançagem maxima de | | 0,00 | 3,25 | 0,05 | 0,00 |
| ONHE.Dançagem contraria | | | | | |
| ONHE.Dançagem de | | | | | |
| antropométrica sem com crista | | | | | |
| | | | | 11,00 | 24,01 |
| 16 USDO-Valor das despesas de 08 a 15 de | | | | | |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da folheta a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.ameiolo.com.br.
O cliente a componente gerando há visação na continuidade individual e do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em stress grau multa 24 (R\$400,00/AMEIOL). Junho 1962 até 10.43.0077 e a atualização monetária no prox. mês.
O Cliente é compensado quando há desatendimento de prazo definido para o período de atendimento mensal.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento de contrato poderá ocorrer após 2 dias de fornecimento.
podendo também ser cobrada o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer o suprimento.
Fator de Proteção Nucleo = n.a.t.

ARUANA SEGUROS
14 NOV 2017

14 NOV 2017



20/08/2019

2a Via da Fatura

| NOTA FISCAL FATURA CONTÁ DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---|--|-----------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------|----------------------------|------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|----------|--------------|-------------------|----------------------------------|--------------|-------------------|-------|--|--|--|------|--|--|--|-------|--|--|--|------|---|--|--|------|------------------------|--|--|---------------|--|--|--|------|--|-----|--|--------|--|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--------|-------|--------|------|------|--------|--|--|--|--|------|-------|
| COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93 | | 
CELPE
www.celpe.com.br | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO CLIENTE
MORGANA BORSA DA COSTA LEAL
CPF: 868.046.184-91 | | DATA DE VENCIMENTO
04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
28/08/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
28/08/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
075361557 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVEMBRO 33 - A -
CENTRO/GLORIA DO GOITA
55820-000 GLORIA DO GOITA PE | | CONTÁ CONTRATO
007004020035
Nº DO CLIENTE
2081926182
Nº DA INSTALAÇÃO
0005228973 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| As condições gerais do fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | | CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Trifásico
RESERVADO AO FISCO
8240.124FAC75.3522.1512.D8CD.DA8F.EFB9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>641,00</td> <td>0,77545172</td> <td>619,51</td> </tr> <tr> <td>Acrescimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>0,78</td> </tr> <tr> <td>Acrescimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>28,50</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>28,62</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 067669033 - 27/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>4,75</td> </tr> <tr> <td>Multa por atraso-NF 067669033 - 27/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>10,53</td> </tr> <tr> <td>Juros por atraso-NF 067669033 - 27/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>7,19</td> </tr> <tr> <td>Atualização IGP-M-NF 067669033 - 27/06/19</td> <td></td> <td></td> <td>2,85</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>662,51</td> </tr> </tbody> </table> | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | Consumo Ativo(kWh) | 641,00 | 0,77545172 | 619,51 | Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,78 | Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 28,50 | Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 28,62 | ICMS Subvenção-CDE-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 4,75 | Multa por atraso-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 10,53 | Juros por atraso-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 7,19 | Atualização IGP-M-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 2,85 | TOTAL DA FATURA | | | 662,51 | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="2">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>448,77</td> <td>25,00</td> <td>112,19</td> <td>0,74</td> <td>3,32</td> <td>448,77</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3,42</td> <td>15,34</td> </tr> </tbody> </table> | | | ICMS | | PIS | | COFINS | | BASE DE CÁLCULO | % | BASE DE CÁLCULO | % | BASE DE CÁLCULO | % | 448,77 | 25,00 | 112,19 | 0,74 | 3,32 | 448,77 | | | | | 3,42 | 15,34 |
| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consumo Ativo(kWh) | 641,00 | 0,77545172 | 619,51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acrescimo Bandeira AMARELA | | | 0,78 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA | | | 28,50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 28,62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 4,75 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Multa por atraso-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 10,53 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Juros por atraso-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 7,19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Atualização IGP-M-NF 067669033 - 27/06/19 | | | 2,85 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DA FATURA | | | 662,51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICMS | | PIS | | COFINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BASE DE CÁLCULO | % | BASE DE CÁLCULO | % | BASE DE CÁLCULO | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 448,77 | 25,00 | 112,19 | 0,74 | 3,32 | 448,77 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 3,42 | 15,34 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
<table border="1"> <thead> <tr> <th>R\$</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Geração de Energia</td> <td>15,61 34,68</td> </tr> <tr> <td>Transmissão</td> <td>15,61 34,68</td> </tr> <tr> <td>Distribuição (Cálculo)</td> <td>94,84 21,00</td> </tr> <tr> <td>Encargos Rodoviário</td> <td>23,21 4,83</td> </tr> <tr> <td>Tributos</td> <td>136,65 29,16</td> </tr> <tr> <td>Perdas de Energia</td> <td>20,62 4,64</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>448,77 100</td> </tr> </tbody> </table> | | | | R\$ | % | Geração de Energia | 15,61 34,68 | Transmissão | 15,61 34,68 | Distribuição (Cálculo) | 94,84 21,00 | Encargos Rodoviário | 23,21 4,83 | Tributos | 136,65 29,16 | Perdas de Energia | 20,62 4,64 | TOTAL | 448,77 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R\$ | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geração de Energia | 15,61 34,68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transmissão | 15,61 34,68 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Distribuição (Cálculo) | 94,84 21,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encargos Rodoviário | 23,21 4,83 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tributos | 136,65 29,16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Perdas de Energia | 20,62 4,64 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | 448,77 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>CONSUMO (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28/08/2019</td> <td>641,00</td> </tr> </tbody> </table> | | | | DATA | CONSUMO (kWh) | 28/08/2019 | 641,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA | CONSUMO (kWh) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28/08/2019 | 641,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DATA</th> <th>DURAÇÃO (min)</th> <th>FREQUÊNCIA (vezes)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>28/08/2019</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | | | DATA | DURAÇÃO (min) | FREQUÊNCIA (vezes) | 28/08/2019 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATA | DURAÇÃO (min) | FREQUÊNCIA (vezes) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28/08/2019 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ARUANA SEGURADORA
26 SET 2019



2a Via de Fatura

ARJUNA SEGURADORA
26 SET 2019

LOCALIZAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

&dest=19&c=null&sp=null&fat=33040... 1/2



Declaração Circular SUSEP 445/12



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADSON XAVIER ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 922.665.174 / 49 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOELSON DOS SANTOS LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.981.114 / 42 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOELSON DOS SANTOS LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.981.114 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

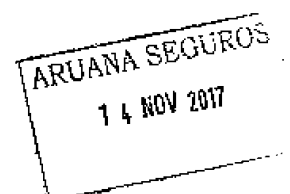
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------|---|
| Endereço
<u>RUA 15 DE NOVENBRO</u> | | Número
<u>33</u> | Complemento
<u>A</u> |
| Bairro
<u>CENTRO</u> | Cidade
<u>GLORIA DO GOLA</u> | Estado
<u>PE</u> | CEP
<u>55620-000</u> |
| Email
<u>ADSON.ADUOCACIA@YAHOO.COM.BR</u> | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD)
<u>(81) 9.9526-4343</u> |

GLORIA GOLA 30 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

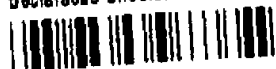
X Adson Xavier Alves
Assinatura do Declarante



DI 001 001 V001/2017



Declaração Circular SUSEP 445/12



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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADSON XAVIER ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 922.665.174 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOELSON DOS SANTOS LEMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.981.114 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOELSON DOS SANTOS LEMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.981.114 / 42, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

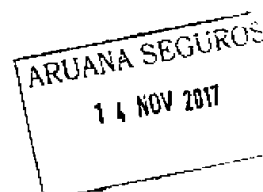
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|--|
| Endereço
<u>RUA 15 DE NOVENBRO</u> | | Número
<u>33</u> | Complemento
<u>A</u> |
| Bairro
<u>CENTRO</u> | Cidade
<u>GLORIA DO GOIA</u> | Estado
<u>GO</u> | CEP
<u>55620-000</u> |
| Email
<u>ADSON.ADVOCACIA@YAHOO.COM.BR</u> | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD)
<u>(21)9.9526-4343</u> |

GLORIA DO GOIA 16 30 de OUTUBRO de 2017
Local e Data

X Adson Xavier Alves
Assinatura do Declarante



DI 001 001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA MARIA DA CRUZ,
RG nº P585364, data de expedição 12/12/14,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 118.265.384-70, com
domicílio na cidade de CHÃO DE ALEGRIA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CATEQUISTA HELENA DE LUNA, CENTRO, nº 05,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOELSON DOS SANTOS LEMOS, cujo o condutor era
JOELSON DOS SANTOS LEMOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2011

Placa: PEX 7613

Chassi: 9C2KC1670BR506573

Data do Acidente: 17/07/17

Local e Data: Glória do Goitá-PE, 18/08/2017

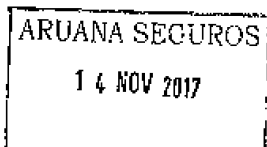
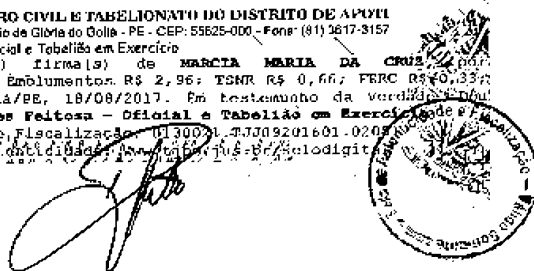


Marcia Maria da Cruz
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO DISTRITO DE APODI
Rua Olavo Bilac, s/nº - Município de Glória do Goitá - PE - CEP: 55625-000 - Fone: (81) 3617-3157
Rilton Gomes Feltosa - Oficial e Tabelião em Exercício

Reconheço a(s) firma(s) de MARCIA MARIA DA CRUZ, por
AUTENTICIDADE. Emolumentos: R\$ 2,96; TSMR R\$ 0,66; FRC R\$ 0,33;
Glória do Goitá/PE, 18/08/2017. Em testemunho da verdade, lavrei
esta Declaração - Oficial e Tabelião em Exercício -
seleção Digital de Fiscalização: 0130001-43009201601-020
Consulta de Autenticidade: <https://pje.tjpe.jus.br/consultas>





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIA MARIA DA CRUZ,
RG nº 8585364, data de expedição 12/12/14,
Órgão SOS-PE, portador do CPF nº 118.265.384-70, com
domicílio na cidade de CHA DE ALEGRIA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA CATEQUISTA HELENA DE LUNA, CENTRO, nº 05,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOELSON DOS SANTOS LEMOS, cujo o condutor era
JOELSON DOS SANTOS LEMOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150

Ano: 2011

Placa: PEX 7613

Chassi: 9CZKC167002506573

Data do Acidente: 12/02/17

Local e Data: GLÓRIA DO GOITÁ-PE, 12/08/2017



Marcia Maria da Cruz
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DO DISTRITO DE APOTI
Rua Ovídio Blasc, s/nº - Município de Glória do Goitá - PE - CEP: 55625-000, Fone: (81) 3517-3157

Rilton Gomes Feitosa - Oficial e Tabelião em Exercício

Reconheço a(s) firma(s) de MARCIA MARIA DA CRUZ, por

AUTENTICIDADE. Emolumentos R\$ 2,96; TSNR R\$ 0,66; FEMC R\$ 0,33;

Glória do Goitá/PE, 18/08/2017. Em testemunho da verdade, eu, o

Dr. Rilton Gomes Feitosa - Oficial e Tabelião em Exercício

Selo Digital de Fiscalização: 0130021-2009201601-0209

Consulta de Autenticidade: www.tcn.jus.br/modigit

[Assinatura]

